

**UCHWAŁA NR XXXV/331/22
RADY GMINY DYWITY**

z dnia 31 marca 2022 r.

w sprawie przyjęcia Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Dywity na lata 2022-2024 pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity”.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U z 2022 r. poz. 559) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i art. 48a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285 ze zm.), po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Rada Gminy Dywity uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się Program Polityki Zdrowotnej Gminy Dywity na lata 2022-2024 pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

2. Środki na realizację programu, o którym mowa w ust. 1 są zabezpieczone w budżecie Gminy Dywity na rok 2022 w wysokości określonej w programie.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Dywity.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Gminy Dywity

Agnieszka Sakowska-Hrywniak



Program polityki zdrowotnej
Gminy Dywity
na lata 2022-2024

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania
nadwagi i otyłości
wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych
na terenie Gminy Dywity**

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

Dywity, październik 2021

Opracowanie dokumentu
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz

PubHealth

01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12

NIP 538-157-48-57 REGON 368571482

tel.kom. 505-418-428

e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl

www.pubhealth.pl

Spis treści

Spis tabel	4
Spis rycin.....	5
I. I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu.....	7
I.1. Opis problemu zdrowotnego	7
Otyłość.....	7
I.2. Dane epidemiologiczne	11
Polska	16
Województwo warmińsko-mazurskie.....	21
I.3. Obecne postępowanie	25
II. II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	27
II.1. Cel główny	27
II.2. Cele szczegółowe.....	27
II.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	27
III. III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu	28
III.1. Populacja docelowa	28
III.2. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	32
Kryteria włączenia do programu do części edukacyjnej i diagnostycznej:	32
Kryteria włączenia do programu do części terapeutycznej:	32
Kryteria wyłączenia z programu.....	33
III.3. Planowane interwencje.....	33
III.4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu	34
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie	39
IV. IV. Organizacja programu	41

IV.1. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	41
Etap I – działania organizacyjne	42
Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne	43
Etap III – działania terapeutyczne	50
Etap IV – działania kontrolne i sprawozdawcze	53
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	56
V. V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu	59
V.1. Monitorowanie	59
V.2. Ewaluacja	61
VI. VI. Budżet programu.....	64
VI.1. Koszty jednostkowe	64
VI.2. Koszty całkowite.....	65
VI.3. Źródła finansowania.....	68
VII. VII. Bibliografia.....	69
VIII. VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora	72
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	72
ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie	74
ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne.....	75
ZAŁĄCZNIK 4. Test wiedzy uczniowie.....	77
ZAŁĄCZNIK 5. Test wiedzy nauczyciele/rodzice	78
ZAŁĄCZNIK 6. Test wiedzy pracownicy stołówek szkolnych	79

Spis tabel

Tabela 1. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań 22

Tabela 2. Liczebność uczniów w poszczególnych szkołach w Gminie Dywity w roku 2021. ... 29

Tabela 3. Liczba klas i nauczycieli w poszczególnych szkołach w Gminie Dywity w roku 2021.	30
Tabela 4. Koszt jednostkowy składowych interwencji w ramach programu.....	65
Tabela 5. Koszt interwencji multispecjalistycznej.....	67
Tabela 6. Planowany budżet całkowity programu na lata 2022-2024.....	67

Spis rycin

Rycina 1. Wzór na BMI	8
Rycina 2. Typy otyłości	10
Rycina 3. Tabela rankingowa dotycząca warunków i jakości życia dzieci	12
Rycina 4. Zachowania i ryzyka podejmowane przez dzieci	13
Rycina 5. Nadwaga -% dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat dotkniętych nadwagą według BMI.....	14
Rycina 6. Zmiany pomiędzy latami 2001/2002 a 2009/2010 w odsetkach młodych ludzi w wieku 11,13, 15 lat którzy mają nadwagę.....	15
Rycina 7. Zmiany BMI dzieci w wieku 5-19 lat na przestrzeni 1975-2016r. w wybranych państwach.	16
Rycina 8. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród młodzieży szkolnej w wieku 11-12, 13-14 i 15-16 lat w latach 2006, 2010, 2014 i 2018	17
Rycina 9. Kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego.....	18
Rycina 10. Odsetek dzieci z zaburzeniami masy ciała w badanej w danym roku szkolnym populacji uczniów.....	19
Rycina 11. Występowanie w % nadmiernej masy ciała (nadwaga i otyłość) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w podziale na województwa (dane za 2013r.)	21
Rycina 12. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne i na 100 tys. ludności) – Otyłość.....	23
Rycina 13. Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku oraz zamieszkania pacjenta – Otyłość.....	23
Rycina 14. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet - Otyłość.....	24
Rycina 15. Zapadalność rejestrowana wśród mężczyzn w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. mężczyzn - Otyłość.....	25
Rycina 16. Ludność Gminy Dywity w latach 2017-2019.....	28

Rycina 17. Ludność według płci i wieku w 2019r.	28
Rycina 18. Dane dotyczące placówek oświatowych i edukacyjnych na terenie Gminy Dywity.	29

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Zdrowa dieta pomaga chronić przed niedożywieniem we wszystkich jej aspektach, a także przed chorobami niezakaźnymi w tym cukrzycą, chorobami serca, udarem oraz nowotworem. Brak aktywności fizycznej w połączeniu z niezdrową dietą stanowi globalne zagrożenie dla zdrowia. Zdrowe praktyki dietetyczne powinny rozpocząć się na wczesnym etapie życia. Pobór energii (kalorie) winien być zrównoważony z wydatkiem energetycznym. Całkowita zawartość tłuszczu według dowodów naukowych nie powinna przekroczyć 30% całkowitego poboru energii, w celu uniknięcia niezdrowego przybierania na wadze ze zmianą spożycia tłuszczów nasyconych na tłuszcze nienasycone oraz eliminacją tłuszczu trans. Częścią zdrowej diety jest również ograniczenie spożycia cukrów do mniej niż 10% całkowitego poboru energii. Zmniejszenie do mniej niż 5% całkowitego poboru przyczyni się dodatkowym korzyściom zdrowotnym. W przypadku soli utrzymywanie jej spożycia poniżej 5 g dziennie pomoże w zapobieganiu nadciśnieniu tętniczemu, a także zmniejszy ryzyko chorób serca i udaru u osób dorosłych. Państwa członkowskie WHO przystały na ograniczenie spożycia soli na świecie o 30%, a także do powstrzymania wzrostu zachorowań na cukrzycę oraz otyłości u dorosłych, nastolatków i dzieci z nadwagą do 2025 roku.

Zwiększona produkcja przetworzonej żywności, szybka urbanizacja oraz zmieniający się styl życia doprowadziły do zmiany wzorców żywieniowych. Ludzie spożywają więcej produktów o wysokiej zawartości energii, tłuszczów, cukrów oraz soli, zapominając o spożyciu odpowiedniej porcji owoców, warzyw czy błonnika.

Skład zdrowej, zróżnicowanej oraz zbilansowanej diety będzie różny w zależności od:

- indywidualnych potrzeb - wiek, płeć, styl życia czy stopień aktywności fizycznej;
- kontekstu kulturowego;
- lokalnie dostępnej żywności;
- zwyczajów żywieniowych.

Jednak podstawowe zasady dotyczące zdrowej diety pozostają niezmiennie.

Otyłość

Należy do chorób cywilizacyjnych, a liczba osób nią dotkniętych z roku na rok wciąż wzrasta. Szczególnie niepokojący jest fakt, że zaburzenie to coraz częściej występuje u najmłodszych. W Polsce, wśród dzieci w wieku szkolnym, na nadwagę i otyłość cierpi co piąty chłopiec i co

siódma dziewczynka. Z tych statystyk widać, że otyłość dzieci i młodzieży staje się wyzwaniem nie tylko dla zdrowia publicznego, ale i samych młodych ludzi oraz ich rodzin. Jedną z przyczyn występowania otyłości jest rozwijająca się technologia, szczególnie urządzenia techniczne, które zastępują wysiłek fizyczny m.in.: nieograniczony dostęp do telewizora i komputera, zastępuje często zabawy i gry wymagające aktywności fizycznej itd. Kolejną przyczyną jest sposób odżywiania się. Wpływ ma m.in. łatwy dostęp do przetworzonej, wysokokalorycznej, bogatej w tłuszcze i cukry proste żywności, zwiększanie objętości posiłków, nieregularność spożywania posiłków, ich opuszczanie lub częste podjadanie kalorycznych przekąsek. Rozwojowi otyłości sprzyjają także sytuacje stresowe i problemy emocjonalne, takie jak konflikty w szkole czy w rodzinie. Mogą one prowadzić do emocjonalnego jedzenia.

W ocenie masy ciała u dzieci i młodzieży należy brać pod uwagę okres rozwojowy dziecka. W okresie dorastania masa oraz wzrost ciała w sposób naturalny zmieniają swe wzajemne proporcje. Masa ciała jest silnie powiązana z wysokością. U dzieci i młodzieży dla oceny prawidłowego wzrastania i przybywania na wadze posługujemy się tak zwanymi siatkami centylowymi. W obliczeniach proporcji masy do wzrostu jest stosowany wskaźnik - BMI (ang. Body Mass Index).

Ten wskaźnik jest wyliczany według wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{MASA (kg)}}{\text{WZROST (m}^2\text{)}}$$

Rycina 1. Wzór na BMI

Źródło: <https://zdrownacodzien.pl/jak-obliczyc-wskaznik-bmi-wzor-i-kalkulator-bmi/>

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) u osób dorosłych BMI nadwagę można stwierdzić w przypadku wartości omawianego wskaźnika powyżej 25kg/m², a otyłość powyżej 30kg/m². U dzieci i młodzieży wartość wskaźnika BMI zależy od płci i zmienia się wraz z wiekiem.

Do oceny stanu odżywienia do 18 r.ż. stosowane są tabele lub siatki centylowe wartości BMI uwzględniające wiek, osobne według płci.

Zgodnie z obowiązującą definicją WHO: „Nadwaga to zaburzenie, w którym wartość wskaźnika BMI jest równa lub większa od 85 centyla ($\geq 85c$), a mniejsza niż 95 centyl ($< 95c$), otyłość zaś gdy BMI jest równe lub większe od 95 centyla ($\geq 95c$)”.

W praktyce klinicznej otyłość jest klasyfikowana według:

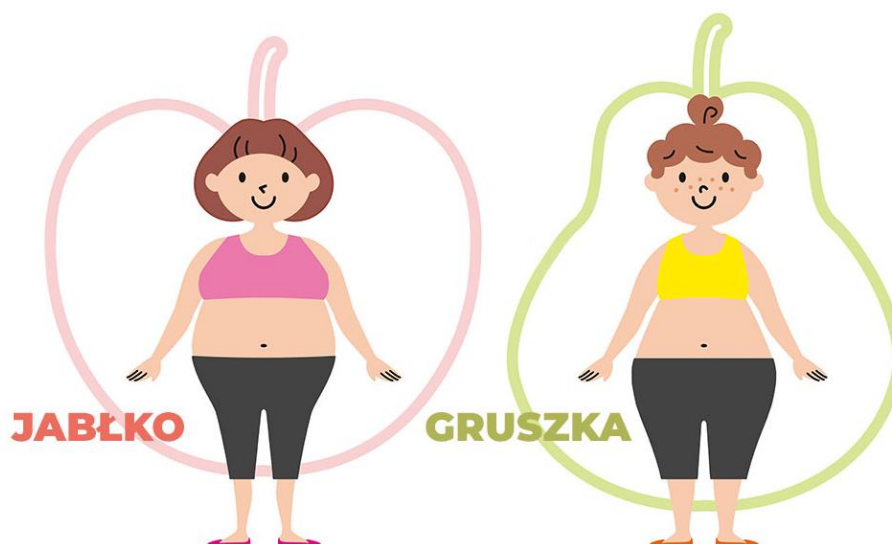
1. przyczyn jej powstawania oraz
2. pomiarów antropometrycznych.

Ze względu na etiologię otyłość dzielimy na:

1. **otyłość prostą** (pierwotną), spowodowaną dodatnim bilansem energetycznym, inaczej nadmiarem dostarczanych kalorii w stosunku do potrzeby organizmu. Podłożem do powstania tego typu otyłości są przede wszystkim uwarunkowania środowiskowe – w postaci nadmiernego spożycia wysoko przetworzonej żywności lub ograniczenie aktywności fizycznej. Jest to najczęstsza postać otyłości obserwowana wśród populacji dzieci i młodzieży, stwierdzana u ponad 98% dzieci zgłaszających się do diagnostyki otyłości;
2. **otyłość wtórną**, występującą w przebiegu endokrynopatii (np. niedoczynności tarczycy, choroby i zespołu Cushinga, niedoboru hormonu wzrostu, hipogonadyzmu), zespołów uwarunkowanych genetycznie (Pradera-Williego, Lawrence’a-Moona-Biedla, Turnera, Klinefeltera), uszkodzenia podwzgórza przez stany zapalne, choroby zwyrodnieniowe, guzy, wady rozwojowe, urazy ośrodkowego układu nerwowego oraz przewlekłego stosowania niektórych leków takich jak na przykład leki przeciwdepresyjne, insuliny i inne.

Na podstawie badań antropometrycznych wyróżniamy 2 typy otyłości:

1. **typ brzuszny** (androidalny, centralny, typ „jabłko”) charakteryzujący się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej. Związany z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów;
2. **typ pośladkowo-udowy** (gynoidalny, obwodowy, typ „gruszka”) z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków.



Rycina 2. Typy otyłości

źródło: <https://www.szpitalnaklinach.pl/klo/otylosc/rodzaje-otylosci/>

Otyłość może prowadzić do wielu nieprawidłowości już w okresie dziecięcym, jak również może być początkiem chorób, w szczególności sercowo-naczyniowych w przyszłości. Do najczęstszych problemów związanych z otyłością można zaliczyć: zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzycę typu 2, insulinooporność; nadciśnienie tętnicze; stłuszczenie wątroby, bezdech senny; zaburzenia kostno-stawowe związane z przeciążeniem kości i mięśni oraz inne. Nadmierne obciążenie układu kostno-stawowego i aparatu mięśniowego powoduje częstsze występowanie u otyłych dzieci uszkodzenia płytki wzrostowej i złuszczenia głowy kości udowej, chorobę Blauta, płaskostopie, szpotawość bioder, koślawości kolan, skoliozy, dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa i kończyn dolnych. Unikanie i ograniczenie aktywności ruchowej poprzez niewłaściwe wykorzystanie czasu np. długotrwałe oglądanie telewizji w pozycji siedzącej doprowadza do wzrostu poziomu otłuszczenia, a w efekcie do przeciążeń układu kostno-stawowego, co sprzyja zaburzeniom postawy ciała i powstawaniu chorób kręgosłupa. Rozwój sprawności motorycznych u dzieci i młodzieży jest uwarunkowany m.in. wagą ciała oraz wzrostem. Prawidłowe proporcje tych cech determinują zdolności fizyczne do wykonywania działań pozwalających funkcjonować codziennie w środowisku. Nieprawidłowa masa ciała może zaburzać rozwój sprawności motorycznych lub im zaszkodzić.

I.2. Dane epidemiologiczne

W dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia „*Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*” wykazano, że duże znaczenie i szansę na poprawę zdrowia społeczeństwa ma zachowanie zdrowego stylu życia, a także wykonywanie badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrycie zaburzeń zdrowotnych.

Ze względu na duże i wciąż zwiększające się rozpowszechnienie otyłości uznaje się ją za epidemię XXI wieku. W krajach europejskich wśród dzieci i młodzieży stwierdza się nadwagę lub otyłość u ponad 30% dziewczynek i u 20% chłopców w wieku 6-10 lat. Podobną częstotliwość stwierdza się na kontynencie amerykańskim, gdzie zależnie od grupy etnicznej otyłość i nadwaga dotyczy od 18 do 41% populacji dzieci między 2 a 17 rokiem życia. Według raportu International Obesity Task Force (IOTF) około 155 milionów dzieci na świecie w wieku szkolnym wykazuje nadwagę lub otyłość. Badania we wszystkich krajach rozwiniętych wykazały w tym zakresie tendencję wzrostową. W Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich 20-25 lat liczba dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 6-11 lat zwiększyła się ponad 3-krotnie, a w Japonii ponad 2-krotnie.

Według raportu UNICEF Polska zajmuje dopiero 21 miejsce w rankingu dotyczącym warunków i jakości życia dzieci w krajach rozwiniętych. Rycina nr 3 przedstawia ranking 29 krajów rozwiniętych sporządzony w oparciu o dane dotyczące warunków i jakości życia dzieci. Pozycja każdego z krajów została ustalona na podstawie średniej z pięciu obszarów objętych badaniem. Jasnoniebieskie tło wskazuje miejsce w najwyższej z trzech części tabeli, niebieskie w środkowej części, a granatowe w ostatniej z trzech części tabeli.

		Warunki i jakość życia dzieci	Wymiar 1	Wymiar 2	Wymiar 3	Wymiar 4	Wymiar 5
		Ogólna średnia pozycja (dla wszystkich 5 wymiarów)	Warunki materialne	Zdrowie i bezpieczeństwo	Edukacja	Zachowania i ryzyka	Warunki mieszkaniowe i środowisko
			(miejsce)	(miejsce)	(miejsce)	(miejsce)	(miejsce)
1	Holandia	2.4	1	5	1	1	4
2	Norwegia	4.6	3	7	6	4	3
3	Islandia	5	4	1	10	3	7
4	Finlandia	5.4	2	3	4	12	6
5	Szwecja	6.2	5	2	11	5	8
6	Niemcy	9	11	12	3	6	13
7	Luksemburg	9.2	6	4	22	9	5
8	Szwajcaria	9.6	9	11	16	11	1
9	Belgia	11.2	13	13	2	14	14
10	Irlandia	11.6	17	15	17	7	2
11	Dania	11.8	12	23	7	2	15
12	Słowenia	12	8	6	5	21	20
13	Francja	12.8	10	10	15	13	16
14	Czechy	15.2	16	8	12	22	18
15	Portugalia	15.6	21	14	18	8	17
16	Wielka Brytania	15.8	14	16	24	15	10
17	Kanada	16.6	15	27	14	16	11
18	Austria	17	7	26	23	17	12
19	Hiszpania	17.6	24	9	26	20	9
20	Węgry	18.4	18	20	8	24	22
21	Polska	18.8	22	18	9	19	26
22	Włochy	19.2	23	17	25	10	21
23	Estonia	20.8	19	22	13	26	24
23	Słowacja	20.8	25	21	21	18	19
25	Grecja	23.4	20	19	28	25	25
26	Stany Zjednoczone	24.8	26	25	27	23	23
27	Litwa	25.2	27	24	19	29	27
28	Łotwa	26.4	28	28	20	28	28
29	Rumunia	28.6	29	29	29	27	29

Rycina 3. Tabela rankingowa dotycząca warunków i jakości życia dzieci

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

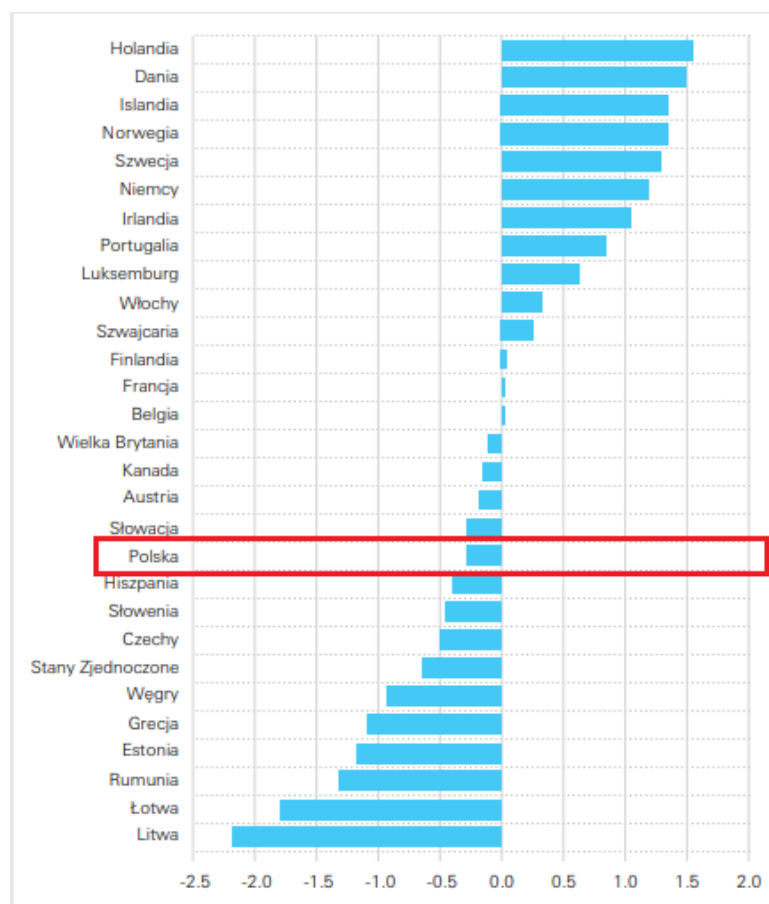
Pierwszy element analizy obejmował zakres w jakim u dzieci w danym kraju kształtowane są zdrowe oraz świadome nawyki żywieniowe oraz te dotyczące aktywności fizycznej. Został on zmierzony czterema odrębnymi wskaźnikami:

- % dzieci dotkniętych nadwagą - (mierzoną jako wskaźnik masy ciała (BMI) na podstawie podanego wzrostu i wagi);
- % dzieci codziennie spożywających śniadanie;
- % dzieci codziennie jedzących owoce;
- % dzieci aktywnych fizycznie - które deklarują, że codziennie poświęcają przynajmniej godzinę na ćwiczenia fizyczne.

Mimo iż powyższe wskaźniki mają różne znaczenie są związane z jakością życia dzieci, a także z ich sytuacją zdrowotną w przyszłości. Dla przykładu regularne ćwiczenia wpływają na

zdrowie psychiczne oraz fizyczne, ale również na profilaktykę i leczenie określonych problemów zdrowotnych, m.in. otyłości czy depresji. Wpływ niezdrowych nawyków żywieniowych we wczesnych latach zwiększy ryzyko wystąpienia w późniejszym okresie problemów zdrowotnych, m.in. cukrzycy, chorób serca czy nowotworów.

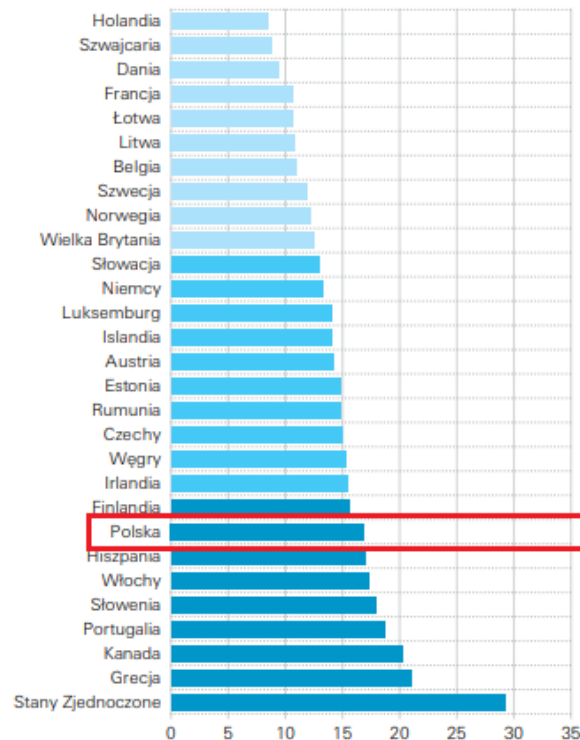
Rycina nr 4 dotyczy zachowań oraz ryzyk podejmowanych przez dzieci, przedstawia usytuowanie każdego państwa względem średniej dla wszystkich badanych krajów. Dzięki takiemu układowi możliwe jest wskazanie każdego z krajów powyżej lub poniżej średniej. Miarą jest odchylenie standardowe pokazujące na ile poszczególne wyniki odchylają się od średniej.



Rycina 4. Zachowania i ryzyka podejmowane przez dzieci

Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

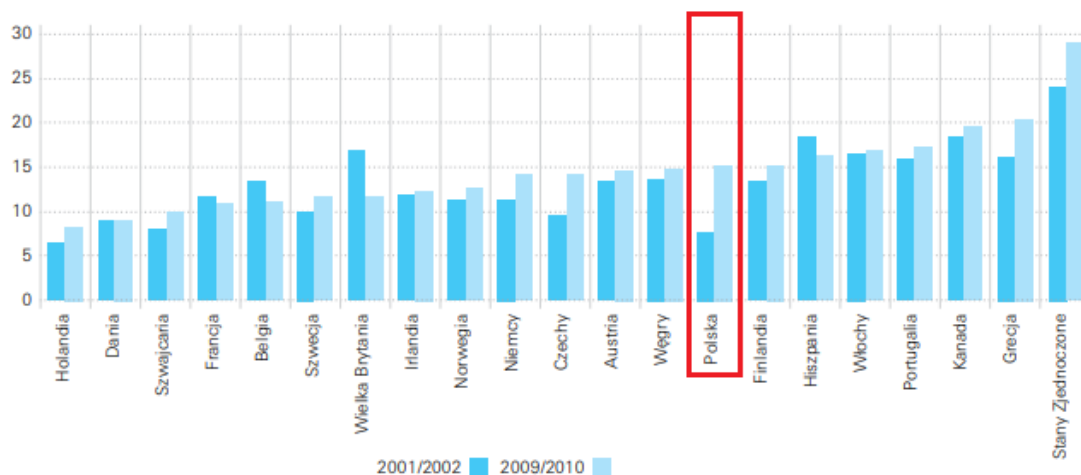
Z raportu wynika, że poziom otyłości wśród dzieci sięga powyżej 10%, dotyczy to wszystkich krajów z wyjątkiem Danii, Holandii i Szwajcarii, gdzie wskaźnik ten osiąga mniejsze wartości. Poziom otyłości wyższy niż 20% odnotowano w Kanadzie, Grecji i Stanach Zjednoczonych (Rycina 5).



Rycina 5. Nadwaga -% dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat dotkniętych nadwagą według BMI
 Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

W 17 z 21 krajów w ciągu dekady wzrósł odsetek dzieci z nadwagą. Najwyższy wzrost został zaobserwowany w Polsce, gdzie procent dzieci z nadwagą podwoił się. Jedynie Belgia, Francja, Hiszpania i Wielka Brytania odnotowały spadek procentowy dzieci z nadwagą.

Najwyższy odsetek dzieci z nadwagą zarówno na początku jak i na końcu dekady miały Stany Zjednoczone – odsetek sięgał niemal 30% w latach 2009-2010 (Rycina 6).



Rycina 6. Zmiany pomiędzy latami 2001/2002 a 2009/2010 w odsetkach młodych ludzi w wieku 11,13, 15 lat którzy mają nadwagę
 Źródło: UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013

W raporcie powstałym przy współpracy WHO i Imperial College London (październik 2017) opublikowano dane dotyczące zjawiska otyłości oraz nadwagi wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat. Dane ukazują zmiany wskaźnika BMI na przestrzeni lat 1975-2016. Według danych z raportu liczba otyłych dzieci i młodzieży w wieku 5-19 lat na przestrzeni czterech dekad wzrosła 10-krotnie. W roku 1975 roku odsetek otyłych dzieci i młodzieży była na poziomie poniżej 1% (11 milionów), w roku 2016 sięgał on już 6% wśród dziewczynek oraz 8% wśród chłopców (124 miliony). Obecnie raport mówi o 213 milionach dzieci z nadwagą. W świetle danych średnie BMI w 1975 roku wśród dzieci w wieku 5-19 lat wynosiło około 17 kg/m², w bogatych anglojęzycznych krajach sięgało ponad 19 kg/m². Na przestrzeni lat zanotowano wzrost wskaźnika o 0,32 kg/m² na dekadę wśród dziewczynek i o 0,40 kg/m² na dekadę wśród chłopców. W 2016 roku średnie BMI wynosiło około 18,6%.

W przypadku Europy najwięcej otyłych chłopców jest w Grecji – 16,7% a dziewczynek na Malcie – 11,6%. Najmniejszy odsetek otyłych dzieci w wieku 5-19 lat znajduje się w Mołdawii - 3,2% dziewczynek oraz 5,0% chłopców.

Polska ze średnim BMI na poziomie 19,3 kg/m² plasuje się na 103 miejscu na świecie.

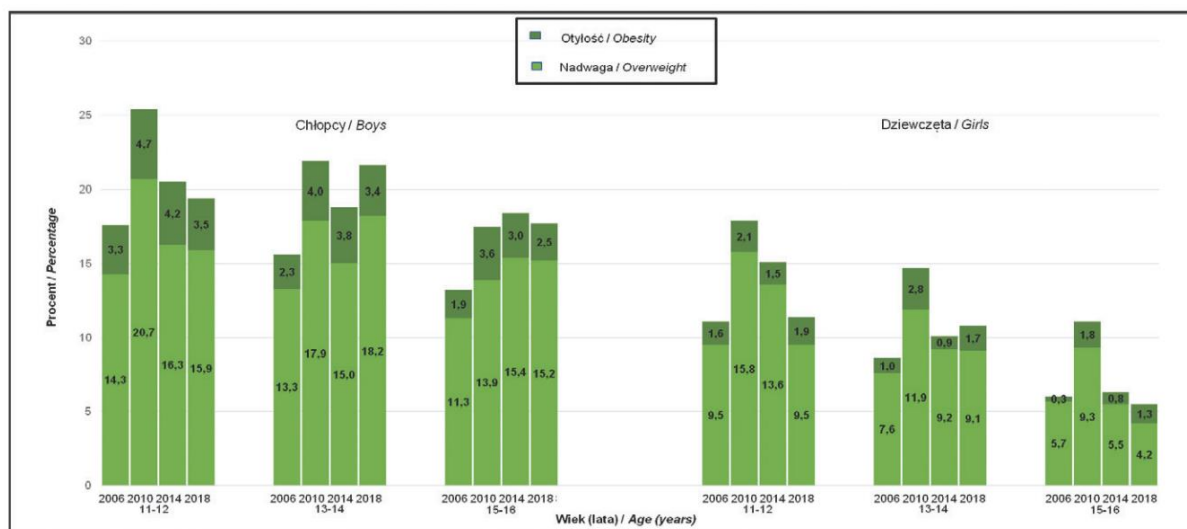
państwo	średnie BMI [kg/m ²]		Miejsce w światowym rankingu (1 miejsce-najwyższy wskaźnik BMI)	
	1975 rok	2016 rok	1975 rok	2016 rok
Samoa	18,7	24,3	44	1
Samoa Amerykańska	21,2	23,6	1	6
USA	19,3	21,6	12	17
Grecja	18,5	21,0	57	29
Malta	19,0	20,6	31	37
Włochy	19,3	20,1	15	65
Hiszpania	18,6	20,0	48	68
Kanada	18,8	19,9	37	69
Niemcy	18,8	19,9	41	72
Portugalia	18,8	19,8	40	78
Słowenia	18,1	19,8	80	79
Belgia	19,0	19,7	27	83
Cypr	18,1	19,7	84	84
Austria	17,9	19,6	102	86
Chorwacja	17,9	19,5	99	91
Szwajcaria	18,6	19,5	47	95
Francja	18,1	19,5	83	96
Norwegia	18,8	19,3	42	102
Polska	17,8	19,3	108	103
Szwecja	18,5	19,2	53	110
Ukraina	18,2	19,1	77	115
Holandia	18,6	19,0	49	119
Słowacja	17,7	18,7	110	143
Moldawia	18,0	18,7	93	141

Rycina 7. Zmiany BMI dzieci w wieku 5-19 lat na przestrzeni 1975-2016 r. w wybranych państwach.
 Źródło: <https://dietetycy.org.pl/ogolnoswiatowe-dane-o-otylosci-wsrod-dzieci/>

Polska

Według publikacji NIZP-PZH *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020* problem zbyt wysokiej masy ciała dotyczy również młodzieży – częściej chłopców niż dziewcząt. Wyniki kolejnych edycji badania HBSC wskazują, że sytuacja jest obecnie wyraźnie gorsza niż w 2006 roku, a obserwowana w 2014 r. poprawa nie miała trwałego charakteru. W roku 2018 rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała wśród badanych uczniów (według kryteriów International Obesity Task Force) było wyższe niż w 2014 roku o prawie 2 punkty procentowe (p.p.) – 16,5% vs 14,8%. Największa zmiana (o 6,4 p.p.) dotyczyła chłopców w wieku 13-14 lat. Wśród dziewcząt zwraca uwagę wzrost rozpowszechnienia otyłości we wszystkich kategoriach wieku. Odsetek uczniów z nadwagą i otyłością silnie wzrósł u chłopców (o 3,4 p.p.) niż u dziewcząt (0,4 p.p.). Wśród uczniów obu płci rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała zmniejsza się z wiekiem, ale w konkretnych rocznikach chłopców

sytuacja nie musi się poprawiać – w 2014 roku procent dotkniętych tym problemem 11- i 12-latków wynosił 20,5%, po 4 latach dla 15- i 16-latków – 20,2% (korzystną zmianą jest jedynie spadek udziału otyłości z 4,2% na 2,5%).

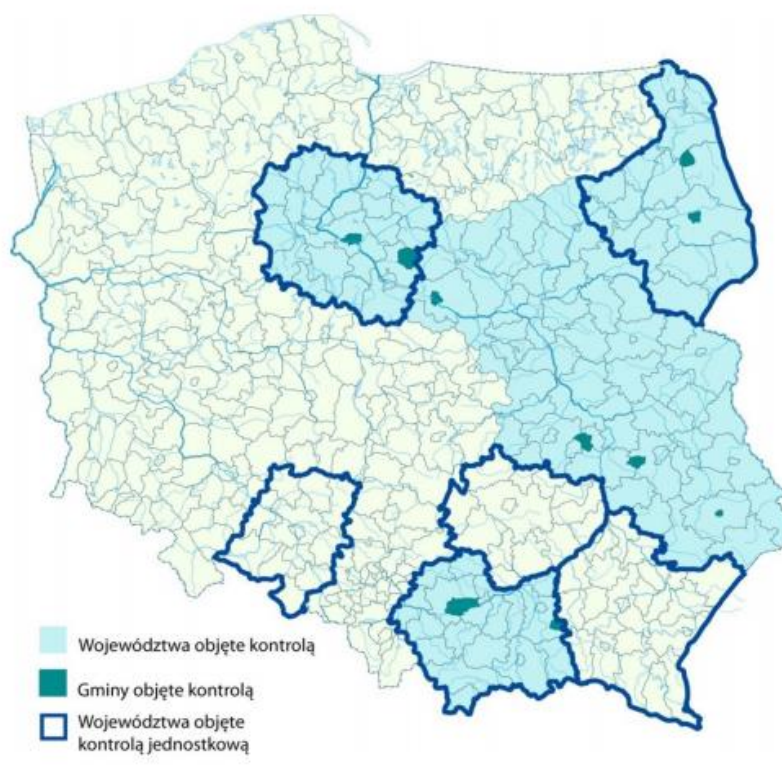


Rycina 8. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród młodzieży szkolnej w wieku 11-12, 13-14 i 15-16 lat w latach 2006, 2010, 2014 i 2018

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020 za HBSC

W 2013 r. w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, w 16 województwach przeprowadzono ocenę stanu odżywienia uczniów w wieku 11-16 lat. Do oceny zastosowano kryteria BMI opracowane przez Cole'a i wsp. Niedoborem masy ciała odznaczało się 8,6% uczniów. Nadmierną masę ciała stwierdzono u 22,3% osób, w tym u 17,8% – nadwagę, a u 4,5% – otyłość. Nadmierna masa ciała częściej występowała u chłopców niż u dziewcząt. Ocena stanu odżywienia była również jednym z elementów badania HBSC realizowanego w roku szkolnym 2017/2018 wśród dzieci i młodzieży w wieku 11-15 lat. Nie przeprowadzono jednak pomiarów antropometrycznych, a informacje dotyczące wysokości i masy ciała podawali sami badani. Do oceny zastosowano wspomniane wcześniej kryteria opracowane przez Cole'a. Niedobór masy ciała występował u 8,8% chłopców i 16,2% dziewcząt. Nadmierną masę ciała stwierdzono u 22,6% chłopców i 10,8% dziewcząt, w tym otyłość odpowiednio u 3,1% i 1,6%. Tak duża różnica pomiędzy chłopcami i dziewczętami mogła wynikać z faktu, że dziewczęta częściej zaniżają swoją masę ciała i w rzeczywistości odsetek osób z niedoborem masy ciała mógł być w tej grupie mniejszy, a większa mogła być częstość występowania nadwagi lub otyłości.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) w latach 2015-2016 podjęła kontrolę, dotyczącą zasad zdrowego żywienia. Jej powodem był fakt, iż mimo podejmowanych działań oraz wdrażania ogólnopolskich programów liczba dzieci z nadwagą oraz otyłością stale rosła. Kontrolą objęto 10 jednostek samorządu terytorialnego, a także 20 szkół podstawowych z następujących województw: **lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego** oraz **kujawsko-pomorskiego** (Rycina 9).



Rycina 9. Kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego

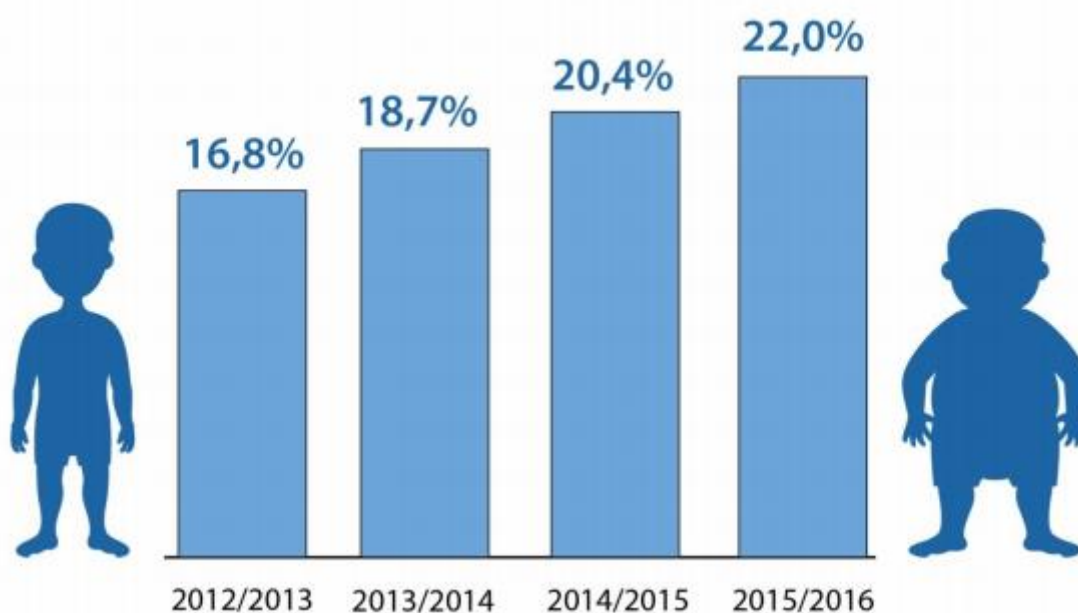
Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017

Celem podjętej kontroli było sprawdzenie czy szkoły publiczne prawidłowo wdrażają zasady zdrowego żywienia. Podczas trwania kontroli uzyskano oraz przeanalizowano wyniki BMI łącznie u 10 778 uczniów. W każdej kontrolowanej szkole przeprowadzono również badania ankietowe w których wzięło udział 316 nauczycieli oraz 2 290 rodziców. Wojewódzka Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Krakowie na zlecenie NIK przeprowadziła badania jadłospisów wraz z oceną kaloryczności, wartości odżywczej oraz urozmaicenia posiłków uczniów.

Inspektorzy sanitarni w kontrolowanych szkołach przeprowadzili kontrole na zlecenie NIK w zakresie dotyczącym:

- warunków żywienia uczniów, w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni, zapewnienia higieny przygotowywania i podawania posiłków;
- oceny asortymentu proponowanego w sklepikach szkolnych;
- bezpieczeństwa przygotowywanego posiłku na podstawie badania mikrobiologicznego pobranych próbek.

W obszarze I – Rozpoznanie potrzeb w zakresie żywienia dzieci stwierdzono, że w 19 z 20 kontrolowanych gmin nie zbierano informacji o liczbie uczniów z nieprawidłową masą ciała. Natomiast w 9 z 20 kontrolowanych szkół dyrekcja nie otrzymywała i nie występowała o zbiorcze wyniki badań przesiewowych. W ciągu czterech lat odsetek uczniów z zaburzeniami masy ciała zwiększył się o ponad 5 punktów procentowych z poziomu 16,8% w roku 2012/2013 do poziomu 22,0% w roku 2015/2016.



Rycina 10. Odsetek dzieci z zaburzeniami masy ciała w badanej w danym roku szkolnym populacji uczniów.

Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017

(W latach szkolnych 2012/2013-2015/2016 badaniami objęto łącznie 10 778 uczniów.)

W obszarze II – Realizacja programów żywieniowych, stwierdzono, że wszystkie skontrolowane szkoły uczestniczyły w podstawowych programach żywieniowych. Nawyk codziennego spożywania mleka i jego przetworów miało jedynie 56,7% uczniów, codziennie spożywanie owoców deklarowało 53% uczniów szkół podstawowych. Placówki szkolne nie

urozmaicały produktów mlecznych oraz owoców i warzyw, które przekazywały uczniom. Ci z kolei nie spożywali otrzymanych produktów na terenie szkoły, tylko zabierali do domów. Dostawy artykułów spożywczych realizowane były z użyciem samochodów, które nie zapewniały prawidłowej temperatury do przechowywania produktów w 2 z 20 kontrolowanych szkół.

W obszarze III – Organizacja żywienia w szkole stwierdzono, że obiady serwowane uczniom w szkole nie spełniały obowiązujących norm żywienia – zbyt duża zawartość białka, węglowodanów oraz tłuszczu. W przypadku substancji mogących powodować alergie informacje były nieprawidłowo podawane. W sytuacji rezygnacji placówki ze szkolnej stołówki ceny obiadu wzrosła nawet 2,5 - krotnie. Przerwy obiadowe były zbyt krótkie lub zbyt wczesne – w jednej z kontrolowanych placówek obiady były wydawane od godziny 9:20, w kolejnej od 10:10. Tak wczesne godziny wpływają negatywnie na wyrobienie nawyku spożywania posiłków o odpowiednich porach, może to również zaburzać prawidłowe przerwy pomiędzy posiłkami.

Kontrola na zlecenie NIK przeprowadzona przez inspektorów WSSE w Krakowie dotycząca środków spożywczych wykorzystywanych do produkcji posiłków wykazała, że:

- średnia zawartość białka ogółem w produktach wynosiła ok. 169% do 462%
- tłuszczów od 90% do 333% zapotrzebowania dla żywionej grupy uczniów (EAR).

We wszystkich szkołach, gdzie dokonano pełnej oceny żywienia przez inspektorów Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej stwierdzono zawyżoną zawartość węglowodanów – od 136% do 300% normy (RDA). W 12 z 14 jadłospisów stwierdzono nadmierną podaż sodu, a w przypadku ośmiu dopuszczalna norma została przekroczona ponad trzykrotnie.

W 6 na 20 skontrolowanych szkół uczniowie nie mieli zapewnionego dostępu do wody pitnej. Pozostałe szkoły zapewniały uczniom bezpłatnie wodę lub kompot w stołówce. W 3 placówkach zamontowano „poidelka” z których uczniowie korzystali bez konieczności posiadania kubka.

W ramach dziedziny IV – Działalność edukacyjna stwierdzono, że działania edukacyjne dotyczące zdrowego żywienia realizowane są przede wszystkim przez placówki oświatowe. W placówkach szkolnych prowadzone są zajęcia o tematyce zdrowego odżywiania w formie zajęć

praktycznych, np. wspólne przygotowywanie śniadania, prelekcji prowadzonych przez pielęgniarki lub dietetyków przeznaczone zarówno dla uczniów jak i rodziców oraz konkursy. Działanie edukacyjne były prowadzone zarówno z w związku z uczestnictwem w programach żywieniowych jak i z tytułu realizacji podstawy programowej.

Województwo warmińsko-mazurskie

Według danych Instytutu Żywności i Żywienia za 2013 rok w województwie warmińsko-mazurskim zamieszkuje 21,4% dzieci w wieku szkolnym borykających się z nadwagą lub otyłością, w skali kraju jest to wynik niski, średnia dla Polski wynosi 22,3%.



Rycina 11. Występowanie w % nadmiernej masy ciała (nadwaga i otyłość) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w podziale na województwa (dane za 2013 r.)

Źródło: <http://www.izz.waw.pl/pl/>

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 69) w Załączniku 14. w punkcie „Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego” na podstawie danych za 2019 r. wskazano, iż otyłość i brak odpowiednich

działań w zakresie jej zwalczania jest jednym z priorytetów dla jednostek samorządów terytorialnych i systemu ochrony zdrowia w województwie. (Tab. 1)

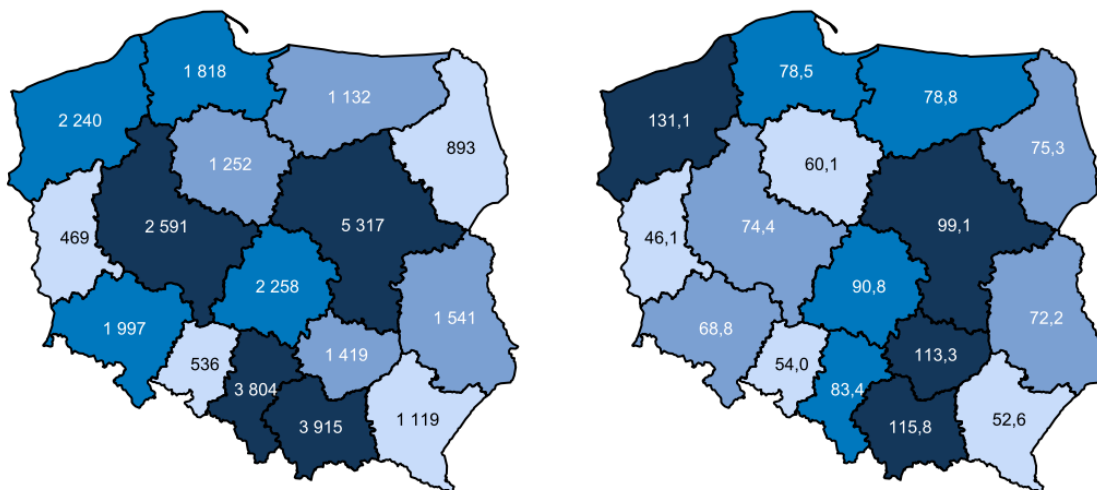
Tabela 1. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań

Informacja/diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
<p>W województwie wzrosła liczba wizyt w POZ: pacjentów do 18. roku życia ze schorzeniami przewlekłymi wymagającymi opieki czynnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dychawica oskrzelowa, • zniekształcenia kręgosłupa, • zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, • otyłość • niedokrwistość 	<p>Wzrost zachorowalności wśród dzieci i młodzieży na astmę oskrzelową, alergie skórne i pokarmowe, niedokrwistość, choroby tarczycy, zaburzenia rozwojowe i choroby układu moczowego, a także diagnozowane wady postawy oraz otyłość.</p> <p>Zaobserwowano niewystarczającą edukację i nieadekwatne programy zdrowotne.</p>	<p>Należy wzmocnić działania profilaktyczne, edukacyjne, które realizowane będą przez pielęgniarkę i lekarza POZ we współpracy z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania.</p> <p>Należy dążyć do wzmocnienia roli członków rodziny we wdrażaniu nawyków prozdrowotnych i promocji zdrowia.</p>

Źródło: Dz. U. z 2021 r., poz. 69

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Otyłość” w roku 2016 wyniosła 32,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 84,0.

Powyższe dane dla województwa warmińsko-mazurskiego, w 2016 roku przedstawiają się następująco: odnotowano 1 132 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako „Otyłość”, a współczynnik zapadalności rejestrowanej wynosił 78,8. (Ryc.12)

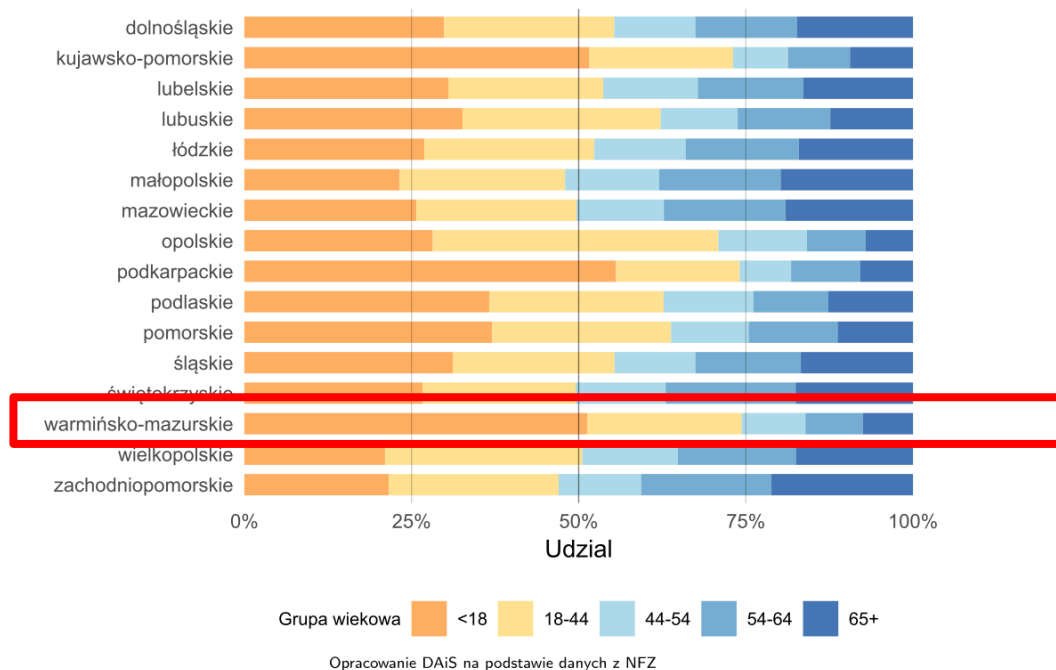


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 12. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne i na 100 tys. ludności) – Otyłość

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych 2018 r.

Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, iż w wyżej wymienionym województwie otyłość w populacji ogólnej w sposób szczególny dotyczy grupy osób poniżej 18 r. ż. Jest to 3 wynik w kraju w tym zakresie.



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ

Rycina 13. Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku oraz zamieszkania pacjenta – Otyłość

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych 2018 r.

Dane te są szczególnie widoczne dla wskaźnika zapadalności rejestrowanej dla grupy chorób „Otyłość”. Tutaj zaznacza się ogromna liczba osób z nieprawidłową masą ciała w populacji niepełnoletnich, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn.

Dla obu grup wskaźniki są o kilkadziesiąt jednostek wyższe od średniej dla Polski.

W przypadku kobiet to 217,3 dla woj. warmińsko mazurskiego vs. 144,6 dla Polski, a w przypadku mężczyzn 222,1 vs. 136,9.

Woj.	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	118,7	66,4	76,9	74,0	69,1
kujawsko-pomorskie	167,4	47,0	54,9	40,4	35,5
lubelskie	121,1	63,2	107,2	95,0	73,8
lubuskie	88,2	52,2	54,2	45,9	36,7
łódzkie	146,4	93,8	119,2	136,3	87,7
małopolskie	150,7	101,2	159,0	200,0	147,7
mazowieckie	144,7	88,2	131,5	152,3	117,0
opolskie	91,3	95,8	69,5	37,1	25,4
podkarpackie	162,8	35,3	30,5	49,6	31,8
podlaskie	168,5	78,1	102,4	71,3	67,4
pomorskie	150,7	79,1	101,6	93,5	59,6
śląskie	165,0	76,2	98,7	106,9	86,6
świętokrzyskie	169,9	104,0	166,0	201,6	130,5
warmińsko-mazurskie	217,3	75,1	70,3	49,7	43,9
wielkopolskie	89,6	78,4	101,7	109,8	80,4
zachodniopomorskie	173,1	117,9	156,9	168,2	168,1
Polska	144,6	78,9	104,7	111,4	86,7

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ

Rycina 14. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet - Otyłość

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych 2018 r.

Woj.	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	126,0	26,6	63,8	64,1	57,4
kujawsko-pomorskie	175,5	21,7	24,0	36,9	28,6
lubelskie	127,1	26,9	56,8	67,2	51,1
lubuskie	78,7	20,2	34,1	39,9	29,1
łódzkie	144,8	34,9	80,3	66,1	63,6
małopolskie	133,8	47,8	101,0	120,2	116,7
mazowieckie	128,1	37,8	84,4	110,9	85,5
opolskie	99,5	29,1	35,2	26,4	13,7
podkarpackie	155,7	15,1	32,9	31,7	14,7
podlaskie	149,3	27,3	52,5	47,7	32,9
pomorskie	148,8	31,1	49,0	58,8	44,4
śląskie	144,9	34,6	58,1	66,7	56,8
świętokrzyskie	191,2	38,5	82,0	93,8	62,5
warmińsko-mazurskie	222,1	21,2	49,6	42,1	26,4
wielkopolskie	74,2	36,2	72,1	82,5	77,0
zachodniopomorskie	155,3	60,5	109,2	166,1	140,6
Polska	136,9	33,3	65,9	76,4	63,8

Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

Rycina 15. Zapadalność rejestrowana wśród mężczyzn w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. mężczyzn - Otyłość

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych 2018 r.

W 2016 roku w województwie warmińsko-mazurskim odnotowano 0,15 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako „Otyłość”, co stanowiło 23,29% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby metaboliczne.

W województwie warmińsko-mazurskim średnio w 2016 r. dziennie hospitalizowanych był 1 pacjent, który spędził co najmniej jedną noc w szpitalu z powodu rozpoznań z analizowanej podgrupy chorób. Był to 5 w kolejności najwyższy wynik w Polsce.

I.3. Obecne postępowanie

Świadczenia gwarantowane w zakresie „Podstawowa Opieka Zdrowotna” (POZ) ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. z

2021, poz. 540) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych wśród dzieci.

Działania z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci oraz młodzieży są powszechnie podejmowane zarówno na szczeblu lokalnym, jak i krajowym. Wśród najbardziej aktualnych inicjatyw wskazać można ogólnopolski program „Zdrowa i aktywna gmina”, wspierający jednostki samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży (rozpoczęcie: listopad 2018 r.). Jest on adresowany do dzieci w wieku przedszkolnym, wczesnoszkolnym oraz nastolatków, a zakresem działania obejmuje również rodziców dzieci z nadwagą i otyłością.

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest nadwaga i otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym. Projekt wpisuje się w priorytet „przeciwdziałanie występowaniu otyłości”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469).

- priorytet 1.ppkt d: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy;
- priorytet 3: Przeciwdziałanie występowaniu otyłości.

W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 kwietnia 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642) została opisana lista zadań służących realizacji celu operacyjnego numer 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości, w tym zadanie 14 – Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system leczenia otyłości, w tym brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Zmniejszenie częstości występowania nadmiaru masy ciała (redukcja średnio o 3 centyle BMI w stosunku do wyniku badania antropometrycznego w momencie rozpoczęcia badania) w okresie trwania programu - wśród około 50% uczniów klas 0 – VIII uczestniczących w interwencji, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity, w latach 2022-2024.

II.2. Cele szczegółowe

- 1) Wzrost o co najmniej 30% stosowania zachowań prozdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej przez dzieci i rodziców/opiekunów zamieszkujących na terenie Gminy Dywity, uczestników programu, w efekcie odbytych zajęć z edukacji zdrowotnej, w latach 2022-2024.
- 2) Wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli zamieszkujących na terenie Gminy Dywity, uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2023-2024.
- 3) Wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 30% pracowników kuchni/stołówek uczestniczących w programie, w zakresie znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu oraz konsekwencji nadwagi i otyłości, w latach 2023-2024.

II.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) Określenie liczby i odsetka dzieci ze stanami nadwagi i otyłości u dzieci objętych programem, na podstawie pomiarów wykonanych przez realizatorów;
- 2) Liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy podejmują regularną, aktywność fizyczną – minimum 2 razy w tygodniu;
- 3) Liczba uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia całego organizmu;
- 4) Liczba pracowników kuchni/stołówek którzy poszerzyli wiedzę, biorąc udział w działaniach na rzecz znaczenia zdrowego odżywiania dla zdrowia całego organizmu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu

III.1. Populacja docelowa

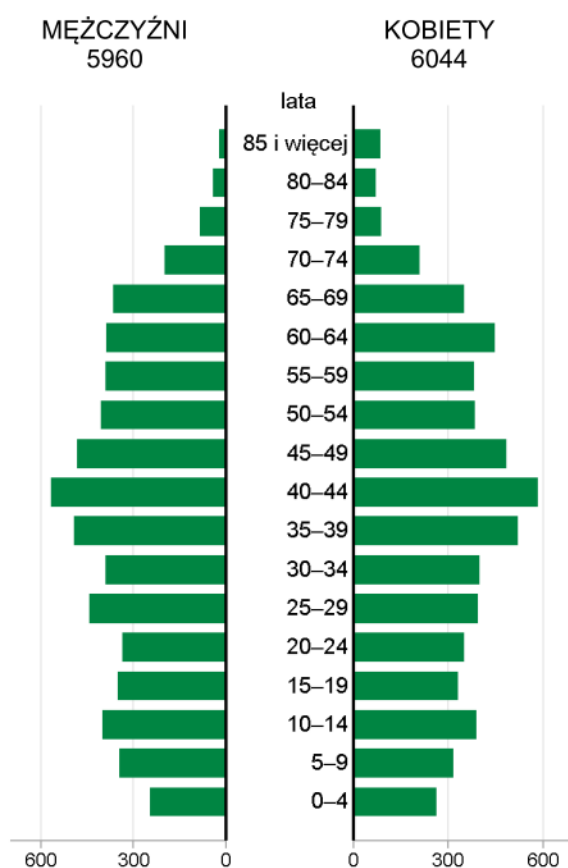
Według danych zawartych w Statystycznym Vademecum Samorządowca Gmina Dywity miała 12 274 mieszkańców w 2021 roku, z czego 50,4% stanowią kobiety, a 49,6% mężczyźni.

W latach 2002-2020 liczba mieszkańców wzrosła o 52,4%.

Wybrane dane statystyczne	2017	2018	2019
Ludność	11533	11697	12004

Rycina 16. Ludność Gminy Dywity w latach 2017-2019

Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca, 2021



Rycina 17. Ludność według płci i wieku w 2019 r.

Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca 2020

Edukacja	2017/18	2018/19	2019/20
Placówki wychowania przedszkolnego	10	10	10
w tym przedszkola	5	6	6
Miejsca w przedszkolach	345	382	306
Dzieci w placówkach wychowania przedszkolnego	394	403	432
w tym w przedszkolach	322	348	378
Szkoły podstawowe	6	6	6
Uczniowie szkół podstawowych	831	994	1006
Gimnazja	-	-	-
Uczniowie szkół gimnazjalnych	163	69	-
Liczba uczniów przypadająca na 1 oddział w szkołach:			
podstawowych	15	15	15
gimnazjalnych	20	17	-

Rycina 18. Dane dotyczące placówek oświatowych i edukacyjnych na terenie Gminy Dywity.
Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca 2020

Na podstawie danych uzyskanych z Urzędu Gminy w Dywitach opracowano dane dotyczące liczebności uczniów i liczebności klas w poszczególnych szkołach, a także liczebności uczniów i nauczycieli w roku 2021.

Tabela 2. Liczebność uczniów w poszczególnych szkołach w Gminie Dywity w roku 2021.

Klasa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Razem
SP Dywity		96	85	68	106	74	62	113	102	706
SP Spręcowo	14	8	12	10	12	10	8	17	15	106
SP Tuławki z filią we Frączkach	28	12	12	15	17	19	11	23	21	158
SP Bukwałd	16	9	5	14	5	6	7	15	7	84
Razem	58	125	114	107	140	109	88	168	145	1054

Źródło: Urząd Gminy Dywity, 2021 r.

Tabela 3. Liczba klas i nauczycieli w poszczególnych szkołach w Gminie Dywity w roku 2021.

	liczba klas	liczba nauczycieli
SP Dywity	29	67
SP Spręcowo	9	18
SP Tuławki z filią we Frączkach	12	23
SP Bukwałd	9	19
Razem	59	127

Źródło: Urząd Gminy Dywity, 2021 r.

Populacja docelowa programu:

Do programu kwalifikuje się populacja dzieci uczęszczających do szkół podstawowych działających na terenie Gminy Dywity.

W roku szkolnym 2020-2021 na terenie Gminy Dywity dostępnych było 59 oddziałów klasowych w/w placówkach, w których uczyło się 1054 uczniów.

Program będzie realizowany w latach 2022 - 2024, a jego uczestnikami będą dzieci, które w danym roku będą uczęszczać do szkoły. W okresie 3 lat realizacji programu, beneficjentami programu będą dzieci z roczników 2007 – 2018. W 2019 roku urodziło się 75 dzieci w Gminie Dywity i zakłada się podobny średni przyrost liczby uczniów klas 0-I, które będą włączone do programu w kolejnych latach.

Zakłada się zgłaszalność do programu na poziomie 80%, co określa planowaną populację na poziomie około 1023 osób, w ciągu 3 lat realizacji programu.

Przy ustaleniu zgłaszalności na poziomie 80% bierze się pod uwagę osoby nie spełniające kryteriów włączenia do programu opisane w punkcie III.2. (zakładany poziom 20% ogólnej populacji).

Zakładane środki finansowe pozwalają na objęcie interwencją multidyscyplinarną około 20% dzieci z zakładanej populacji docelowej, która może charakteryzować się nadwagą lub otyłością wg. danych IŻiŻ, przez cały okres trwania programu.

Populacja włączona w ramach działań informacyjno-edukacyjnych:

W ramach przedmiotowego programu będą prowadzone działania informacyjno-edukacyjne, które będą kierowane do następujących odbiorców:

- zajęcia edukacyjne dla uczniów – działaniem zostanie objęte do 50% docelowej populacji dzieci – uczniów szkół podstawowych funkcjonujących na terenie Gminy Dywity;
- spotkania edukacyjno-informacyjne dla rodziców/opiekunów dzieci oraz wychowawców - działaniem zostaną objęci rodzice/opiekunowie dzieci zakwalifikowanych do badań przesiewowych oraz wychowawcy ze szkół uczestniczących w programie.

Rodzice/opiekunowie

Spotkania edukacyjno-informacyjne będą kierowane do całej populacji rodziców/opiekunów dzieci zakwalifikowanych do programu, przy czym zakłada się współczynnik zgłaszalności na poziomie ok. 50% liczby rodziców.

Nie są dostępne dane na temat liczebności tej grupy. Zgodnie z danymi ze Spisu Powszechnego 2011 w rodzinach niepełnych (tylko jeden rodzic/opiekun) wychowuje się 25% dzieci w wieku 0-17 lat. Zakładając zbliżony odsetek dla województwa warmińsko-mazurskiego można oszacować liczbę rodziców dzieci szkolnych w Gminie Dywity, uczestniczącą w spotkaniach przez 3 lata programu, na poziomie około 947 osób (w oszacowaniu pominięto możliwość posiadania więcej niż jednego dziecka w wieku 6-15 lat).

Wychowawcy/nauczyciele szkolni

Badania przesiewowe będą realizowane przy współpracy ze szkołami podstawowymi z Gminy Dywity. Wychowawcy/nauczyciele uczniów zostaną objęci działaniami edukacyjno-informacyjnymi. Wg szacunków będzie to grupa około 70 osobowa.

Pracownicy kuchni/osoby przygotowujące/wydające posiłki

Osoby te zostaną objęte działaniami edukacyjno-informacyjnymi. Wg szacunków będzie to grupa około 20 osobowa.

Przy wyborze grupy docelowej wzięto pod uwagę, iż wyżej zdefiniowane problemy medyczne oraz ich konsekwencje zdrowotne, rozwojowe, społeczne i ekonomiczne stanowią szczególnie ważne wyzwanie dla samych dzieci, ich rodziców/opiekunów, samorządów, dla wychowawców i całej społeczności lokalnej.

Obok wskazanych powyżej bezpośrednich odbiorców wsparcia, realizator może fakultatywnie włączyć do działań informacyjno-edukacyjnych inne grupy merytorycznie związane z tematyką programu np.: pielęgniarki/higienistki szkolne lub inny personel szkolny (w tym pedagogów/nauczycieli, osoby przygotowujące/wydające posiłki dla dzieci).

Populacja włączona do interwencji terapeutycznej

Wsparciem diagnostycznym zostanie objęta cała populacja docelowa dzieci w ciągu 3 lat realizacji Programu.

Natomiast wsparciem multidyscyplinarnym około 20% z 22% z populacji docelowej, zgodnie z danymi IŻiŻ dotyczącymi przybliżonej liczby uczniów z nadwagą i otyłością w województwie warmińsko-mazurskim, co stanowić będzie około 45 uczniów w ciągu 3 lat realizacji Programu.

III.2. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria włączenia do programu do części edukacyjnej i diagnostycznej:

- status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Gminy Dywity;
- podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział dziecka w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce Realizatora/Realizatorów z zachowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania;
- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących udział w programie.

Kryteria włączenia do programu do części terapeutycznej:

Dodatkowym kryterium w tej części programu będzie stwierdzenie w części diagnostycznej występowanie kryterium medycznego.

Program w części terapeutycznej będzie skierowany do uczniów klas 0-VIII szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity ze zdiagnozowaną (wg wartości określonych przez American Psychological Association – APA 2018) badaniami przesiewowymi:

- nadwagą - wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci;
- otyłością - wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci.

Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak statusu ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie Gminy Dywity;
- 2) brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna na udział w programie;
- 3) brak współpracy rodzica/opiekuna dziecka włączonego w ramach programu w zakresie przekazywania niezbędnych danych (wzrost, waga, BMI) Realizatorowi, po pierwszym cyklu interwencji;
- 4) wyłączone z programu będą dzieci z nadwagą lub otyłością wcześniej objęte specjalistyczną opieką lekarską w ramach NFZ.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklaruje Realizator/Realizatorzy w złożonej do konkursu ofercie. Program obejmie wszystkie dzieci z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

III.3. Planowane interwencje

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie następujących działań:

Etap I – działania organizacyjne – szczegółowo opisane w części IV.1.

1. Akcja informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne- szczegółowo opisane w części IV.1

3. Działania edukacyjne:
 - a) dla dzieci uczniów szkół podstawowych funkcjonujących na terenie Gminy Dywity;
 - b) dla rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów;
 - c) dla pracowników stołówek szkolnych.
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
 - a) pomiary antropometryczne i określenie wskaźnika BMI korygowanego do wieku ucznia;
 - b) ocena lekarska i kwalifikacja do działań terapeutycznych.

Etap III – działania terapeutyczne - szczegółowo opisane w części IV.1.

5. Interwencja multikomponentowa:
 - a) badanie lekarskie;

- b) wsparcie dietetyczne;
- c) wsparcie psychologiczne;
- d) zajęcia ruchowe.

Etap IV – działania kontrolne i sprawozdawcze - szczegółowo opisane w części IV.1.

6. Monitorowanie prac w ramach programu.

W etapie I po zweryfikowaniu formalnym warunków włączenia (status ucznia, zgoda na uczestnictwo) rodzice dzieci będą informowani o spotkaniach edukacyjnych i o możliwości dokonania kwalifikacji do części diagnostycznej.

Każdy uczeń szkoły podstawowej na terenie Gminy Dywity z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu, będzie mógł skorzystać z bezpłatnego wsparcia w ramach etapu II programu.

Po zakwalifikowaniu ucznia do III etapu programu i spełnianiu wymagań kwalifikacyjnych (BMI \geq 85 centyla) poddany on będzie co najmniej 26 godzinnej interwencji multikomponentowej, obejmującej terapię behawioralną, komponent żywieniowy i aktywności fizycznej, które wpłynąć mają na redukcję wskaźników związanych z masą ciała (waga, BMI) w populacji dzieci i młodzieży.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora, wybranego zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

III.4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie trwania programu – w latach 2022-2024.

W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć.

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

W odniesieniu do omawianej interwencji brak jest kompleksowych świadczeń alternatywnych. Program przewiduje realizację usług zdrowotnych ponadstandardowych, wykraczających poza zakres świadczeń gwarantowanych oraz częściowo usług zdrowotnych wymienionych w katalogu świadczeń gwarantowanych, niezbędnych do realizacji programu, stanowiąc logiczną całość programu.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540), kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego, powinna być wykonywana u dzieci w ramach testów przesiewowych prowadzonych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne.

Poniżej przedstawiono zakresy testów przesiewowych wykonywanych w szkołach, opisanych w załączniku nr 4 w/w dokumentu:

1. Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – (w przypadku niewykonania badania w terminie testy przesiewowe wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej)

Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:

- 1) badanie podmiotowe:
 - a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,
 - b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego,
 - c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;
- 2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:
 - a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),
 - b) rozwoju psychomotorycznego,
 - c) mowy,
 - d) lateralizacji,
 - e) układu ruchu,

- f) jamy ustnej,
 - g) u chłopców – obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego;
- 3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych;
 - 4) wykrywanie zezów (Cover test, test Hirschberga);
 - 5) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;
 - 6) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień;
 - 7) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy;
 - 8) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu;
 - 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
 - 10) badanie lekarskie specjalistyczne i diagnostyczne w razie potrzeby;
 - 11) podsumowanie badania, z określeniem zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

2. Klasa III szkoły podstawowej

Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:

- 1) badanie podmiotowe:
 - a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,
 - b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,
 - c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;
- 2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:
 - a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),
 - b) rozwoju psychospołecznego,
 - c) układu ruchu,
 - d) układu moczowo-płciowego,
 - e) dojrzewania płciowego według skali Tannera,
 - f) tarczycy, jamy ustnej;

- 3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa;
- 4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw;
- 5) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 6) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;
- 7) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

3. Klasa I gimnazjum

Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:

- 1) badanie podmiotowe:
 - a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,
 - b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,
 - c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;
- 2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:
 - a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),
 - b) rozwoju psychospołecznego,
 - c) układu ruchu,
 - d) tarczycy,
 - e) dojrzewania płciowego,
 - f) układu moczowo-płciowego,
 - g) jamy ustnej,
 - h) skóry;
- 3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej;
- 4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;
- 5) wykrywanie zaburzeń słuchu (badanie orientacyjne szeptem);

- 6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 7) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;
- 8) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;
- 9) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Zaznaczyć należy, że niniejszy program uzupełnia wymieniony w ww. Obwieszczeniu zakres badań przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwoju fizycznego o świadczenia wśród uczniów klas II, IV, V, VII i VIII szkół podstawowych.

Działania w zakresie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów i nauczycieli stanowią wartość dodaną programu. Planowane interwencje są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych. Połączenie w jednym czasie i miejscu realizacji świadczeń, bez konieczności posiadania skierowania stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- świadczenia w ramach programu będą udzielane uczestnikom programu bezpłatnie;
- udział w programie będzie dobrowolny;
- do programu będą włączone dzieci, które spełniły kryteria włączenia do programu;
- świadczenia programu będą przerywane w przypadku, kiedy zaistnieje którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu;
- działania programu skierowane są również do rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie;
- świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem będą świadczenia udzielane poza pomieszczeniami realizatora, bądź przez niego wynajmowanymi;

- udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu będzie spójne z regulacjami dotyczącymi świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia;
- uczestnicy programu zostaną poinformowani o źródłach finansowania programu;
- uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób, określonego w umowie/umowach z realizatorem/realizatorami;
- świadczenia w ramach programu będą udzielane przez kadrę posiadającą odpowiednie kwalifikacje;
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora/realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami, dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Sposoby zakończenia udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku osób z populacji z nadwagą i otyłością – wraz z realizacją kompleksowej interwencji nacełowanej na modyfikację stylu życia;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenia realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez Realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez Realizatora

wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

IV. Organizacja programu

IV.1. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

- A. Opracowanie programu.
- B. Po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT - przyjęcie uchwały przez Radę Gminy Dywity o wdrożeniu do realizacji programu.
- C. Rozpoczęcie realizacji programu na terenie Gminy Dywity.
- D. Wybór podmiotu/ów realizujących program w drodze postępowania konkursowego prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- E. Działania organizacyjne – etap I.
- F. Działania edukacyjne i diagnostyczne – etap II.
- G. Interwencja terapeutyczna – etap III.
- H. Monitoring działań w ramach programu – etap IV.
- I. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

W ramach programu Realizator/Realizatorzy przeprowadzą następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne

1. Akcja informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

3. Działania edukacyjne:
 - a) dla dzieci uczniów szkół podstawowych funkcjonujących na terenie Gminy Dywity;
 - b) dla rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów;
 - c) dla pracowników stołówek szkolnych.
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
 - a) pomiary antropometryczne i określenie wskaźnika BMI korygowanego do wieku ucznia;
 - b) ocena lekarska i kwalifikacja do działań terapeutycznych.

Etap III – działania terapeutyczne

5. Interwencja multikomponentowa:
 - a) badanie lekarskie;

- b) wsparcie dietetyczne;
- c) wsparcie psychologiczne;
- d) zajęcia ruchowe;

Etap IV – działania kontrolne i sprawozdawcze

6. Monitorowanie prac w ramach programu.

Etap I – działania organizacyjne

Ad 1. Akcja informacyjna

Skierowana do mieszkańców Gminy Dywity. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne.

Mieszkańcy Gminy Dywity, w szczególności rodzice/opiekunowie dzieci z grupy docelowej, zostaną poinformowani o objawach, powikłaniach oraz przede wszystkim profilaktyce występowania nadwagi i otyłości u dzieci oraz o założeniach organizacyjnych akcji.

Ze względu na efektywność wydatkowania posiadanych środków, główny nacisk w kampanii informacyjnej zostanie położony na wykorzystanie placówek szkolnych i ochrony zdrowia, jako miejsca przekazywania podstawowych informacji na temat programu.

W wytycznych NICE podkreśla się, że działania o charakterze informacyjnym oraz interwencje ukierunkowane na podnoszenie świadomości, powinny być realizowane jako część długoterminowej, multikomponentowej interwencji, a nie w formie jednorazowych działań (powinna im towarzyszyć ukierunkowana na różne grupy obserwacja) (NICE 2015a)

Ad 2. Rekrutacja do programu

Realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to status ucznia szkoły podstawowej, wyrażenie przez rodzica/opiekuna chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody). Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej w rozdziale III.2.

Rekrutacja uczestników do programu zostanie przeprowadzona na terenie szkół podstawowych, funkcjonujących na terenie Gminy Dywity. Rekomenduje się, aby działania te, były przeprowadzone podczas spotkania wychowawcy i realizatorów z rodzicami. Przeprowadzenie wstępnych badań kwalifikacyjnych w danej placówce edukacyjnej będzie zależne od uzyskania zgody dyrekcji, dotyczącej współpracy przy realizacji badania.

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie Realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

Ad 3. Działania edukacyjne

a) dla dzieci uczniów szkół podstawowych funkcjonujących na terenie Gminy Dywity;

Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci młodszych (klasy 0-III), odbywać będzie się w formie ukierunkowanej zabawy, pogadanki, aktywizacji dzieci, w oparciu o pakiety edukacyjne. Zajęcia edukacji zdrowotnej realizowane będą w czasie zajęć w szkole. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na wiedzę o zagrożeniach związanych z otyłością, interwencje skupią się na działaniach z zakresu profilaktyki pierwotnej. Będą one polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci. Może to być np. propagowanie właściwych zachowań żywieniowych – unikanie słodczy, wysoko słodzonych napojów, informacje dotyczące odpowiedniego jakościowo i ilościowo żywienia. Koniecznym jest, aby zakres treści, formę i sposób przekazu dostosować do wieku i percepcji dzieci.

W grupie uczniów klas IV-VIII winno nastąpić wzmocnienie prozdrowotnych postaw u dzieci. Podczas spotkań uczestnicy poszerzają swoją wiedzę dotyczącą prawidłowego żywienia i ogólnie pojętego zdrowego stylu życia.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Najlepiej, aby wprowadzić element praktyczny, np. wspólne przygotowywanie II śniadania w formie warsztatów lub pokazu z udziałem uczniów. Ważne, aby wpajać podstawowe zasady higieny – mycie rąk przed posiłkiem, ale także zasady bezpieczeństwa i higieny pracy – czyli uważne obchodzenie się z nożem.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację edukacji również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Działania edukacyjne dla uczniów:

- będą składały się z 3 godz. zegarowych (4 lekcje) zajęć w trakcie roku szkolnego;
- zajęcia edukacyjne będą zaczynały i kończyły się sprawdzeniem wiedzy uczniów;
- w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- zajęcia będą odbywały się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie.

b) dla rodziców/opiekunów oraz wychowawców uczniów;

Wykłady dotyczące w szczególności diety i aktywności fizycznej oraz czynników wpływających na występowanie nadwagi i otyłości, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. W przypadku nauczycieli, będą oni mogli m.in. uzupełnić swoją wiedzę w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej, która powinna być realizowana na godzinach wychowawczych, zajęciach wychowania fizycznego.

Czas spotkań powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom, Zakłada się, że będzie to co najmniej 2 razy po 45 minut; łącznie 90 minut w ciągu semestru.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Podczas działań edukacyjnych Realizator/Realizatorzy mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać także przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, czy też instytucjach kultury itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące przedstawienia założeń programu oraz zachęcenia rodzica/opiekuna do wzięcia udziału dziecka w programie oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział dziecka.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych Realizatora.

c) dla pracowników stołówek szkolnych.

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała u uczniów poprzez wdrożenie zasad odpowiedniego żywienia zbiorowego w placówkach oświatowych.

W trakcie działań winny być omówione kwestie:

- warunków żywienia uczniów w tym stanu sanitarnego kuchni i jadalni;
- zapewnienia higieny przygotowywania i podawania posiłków;
- omówienie bezpieczeństwa przygotowywanego posiłku na podstawie badania mikrobiologicznego pobranych próbek;
- oceny i weryfikacji jadtospisów wraz z oceną kaloryczności, wartości odżywczej oraz urozmaicenia posiłków uczniów;
- omówienie zalecanych technik obróbki żywności wraz z warsztatami;
- organizacja żywienia w szkole –długość przerwy obiadowej, godziny podawania posiłków itp.

Działania edukacyjne dla pracowników stołówek:

- działania edukacyjne będą składały się z 5 godz. zegarowych zajęć
- zajęcia edukacyjne będą przeznaczone dla pracowników stołówek, administracji/dyrekcji szkół z terenu Gminy Dywity;
- zajęcia będą organizowane dla adresatów łącznie na terenie Gminy, w cyklu co najmniej 2 razy w ciągu roku szkolnego.

Działania edukacyjne zasady ogólne:

Szczególną uwagę realizator programu zwróci na edukację w zakresie takich zagadnień jak: troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe, poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety.

Realizator powinien zadbać o przekazanie wiedzy z zakresu: zachowań prozdrowotnych dotycząc zapobiegania nadwadze i otyłości, wpływu żywienia na zdrowie, a w szczególności skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia oraz nieprawidłowej masy ciała, jakości i bezpieczeństwa żywności oraz sposobów oceny stanu odżywiania, sposobów wspierania działań z zakresu żywienia innymi działaniami (np. aktywnością ruchową), budowaniu umiejętności z zakresu przygotowywania zbilansowanych posiłków, prawidłowego żywienia w dłuższych okresach czasu.

Ważnym elementem działań będzie nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu wstępnego diagnozowania (obliczanie wskaźnika BMI) i rozpoznawania pierwszych symptomów nadwagi, która niekontrolowana może doprowadzić do otyłości oraz metod postępowania w takich przypadkach. Rodzice powinny brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci, w tym dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznych. Należy zachęcać rodziców dzieci z nadwagą i otyłością do redukcji wagi, jeśli sami mają nadwagę lub otyłość. Należy informować osoby z nadwagą i otyłością, że nawet niewielka zmiana w diecie, aktywności fizycznej może przynieść wymierne korzyści zdrowotnej (np. zredukować ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru).

Ważne jest, aby przekazać, iż w każdym okresie życia dziecko spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania oraz aby nie podjadało między posiłkami. Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród dzieci zagrożonych tym problemem zdrowotnym są takie same jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci, bez tego ryzyka.

Zalecane jest promowanie zdrowego stylu życia oraz diety z uwzględnieniem dziennego modelu 5-2-1-0:

- ≥ 5 porcji warzyw i owoców,
- do 2 godzin poświęconych na rekreacyjnym przebywaniu przed ekranami np. telewizora,
- ≥ 1 godziny aktywności fizycznej,
- 0 napojów słodzonych (MQIC 2018a, MQIC 2018b).

Należy promować jedzenie w domu (ISPED, ISP 2018). Należy zachęcać do wypracowywania odpowiednich nawyków żywieniowych – schematu żywieniowego opartego głównie na warzywach, owocach, fasoli i roślinach strączkowych, produktach pełnoziarnistych i rybach. Może to obejmować: zmniejszenie kaloryczności diety, ograniczenie konsumpcji posiłków typu fast food, posiłków 'na wynos', unikanie napojów słodzonych, zmniejszenie całkowitego spożycia tłuszczu, jedzenie śniadań (bez jednoczesnego zwiększenia przyjmowanej dziennie porcji kalorii), zwiększenie spożywania produktów bogatych w błonnik lub produktów pełnoziarnistych, ograniczenie spożycia mięsa i produktów mięsnych (średnio nie więcej niż 70 g czerwonego i przetworzonego mięsa dziennie), picie wody niegazowanej co najmniej 1 litr dziennie (NICE 2015b).

Wszystkie działania ukierunkowane na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, poprawę diety oraz poziomu aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży powinny aktywnie angażować ich rodziców oraz opiekunów (ES 2017, MoH NZ 2016, NICE 2015a, NICE 2015b).

Sugeruje się, aby zespół specjalistów identyfikował nieodpowiednie wzorce wychowawcze związane z dietą i aktywnością fizyczną oraz edukował rodziny nt. zdrowego odżywiania i nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej. Rekomendacje wskazują, że multidyscyplinarny zespół specjalistów powinien obejmować dietetyków, psychiatrów oraz pielęgniarzy (ES 2017).

Edukacja kierowana do rodziców powinna podkreślać znaczenie roli modelowania przez nich zachowań zdrowotnych (dieta, ćwiczenia) oraz kontroli rodzicielskiej (MQIC 2018a).

W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa również kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie. Uczestników spotkań należy zachęcać do regularnych ćwiczeń fizycznych. Jeśli nie występują przeciwwskazania, zaleca się od 150 do 420 minut lub więcej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Dodatkowo:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;

- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o zdrowym odżywianiu, zasadach postępowania, piramidzie żywieniowej, normach i zaleceniach dotyczących właściwego żywienia dzieci.
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do danego rodzaju świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

Ad. 4 Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne

Rekomenduje się przeprowadzenie działań kwalifikacyjnych w szkole w godzinach zajęć.

Przy okazji tych działań personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania promocji zdrowia – np. przypomnienie o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych.

a) pomiary antropometryczne i określenie wskaźnika BMI korygowanego do wieku ucznia;

Jeżeli rodzic/opiekun wyrazi zgodę na uczestnictwo dziecka w programie otrzyma do wypełnienia krótki wywiad kwestionariuszowy.

Następnie wykonane zostaną pomiary antropometryczne (pomiar masy ciała i wzrostu dzieci oraz określenie wskaźnika BMI wg siatek centylowych).

W ramach profilaktyki należy wykonać pomiar: wysokość ciała („wzrost”), masa ciała. Na podstawie faktycznie uzyskanych wyników każdy uczestnik powinien mieć obliczone aktualne wartości wskaźników: BMI (ang. body-mass index). Dla uzyskanych wyników BMI uczestnikom programu podawane i omawiane są zakresy referencyjne. Jeśli pomiary mają zostać wykonane samodzielnie przez rodziców w warunkach domowych (np. przy edukacji realizowanej w formie zdalnej), edukator powinien wyczerpująco przedstawić zasady prawidłowego wykonywania pomiarów antropometrycznych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników zmniejszających precyzję pomiaru, omówić często popełniane przy pomiarach błędy, a także odnieść się do dostępnych w warunkach domowych narzędzi pomiarowych (np. centymetr krawiecki, waga łazienkowa). Niezbędne jest zwracanie uwagi na jednostki miar, które wykorzystywane są do obliczeń.

Realizacja badań przesiewowych w całej populacji uczniów przebiegać w kierunku wyodrębnienia populacji zagrożonej nadwagą i otyłością. Nadwaga lub otyłość rozpoznana będzie na podstawie BMI w oparciu o siatki centylowe. Nadwaga - wartość BMI w zakresie ≥ 85 centyla dla wieku i płci i/lub otyłość - wartość BMI w zakresie ≥ 95 centyla dla wieku i płci.

Badaniu przedmiotowemu ma towarzyszyć przeprowadzenie pogłębionego wywiadu w kierunku obciążenia ryzykiem chorób metabolicznych. Zgodnie z rekomendacjami, zaleca się przeprowadzenie wywiadu poprzedzającego badania fizykalne, który powinien uwzględniać takie aspekty jak: historia rodziny, troska rodziców o masę ciała dziecka, wzorce żywieniowe (częstość spożywania posiłków poza domem, jedzenie śniadań, dobór odpowiednich warzyw i owoców, nadmierne porcje jedzenia, itp.), poziom aktywności fizycznej, aktualna kondycja psychiczna, sen, zażywanie leków, w tym suplementów diety (MQIC 2018b, MoH NZ 2016). Ta część działań może zostać wykonana przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, fizjoterapeutę itp.

b) ocena lekarska i kwalifikacja do działań terapeutycznych.

Po pomiarach każdy rodzic/opiekun dziecka zostanie skierowany do lekarza, który poinformuje o uzyskanych wynikach. Badania lekarskie musi wykonywać lekarz specjalista w zakresie chorób dziecięcych i/lub chorób metabolicznych z aktualnym prawem wykonywania zawodu.

Według ekspertów konieczne jest odpowiednie zapisywanie i przekazywanie wyników badań m.in. rodzinie, POZ oraz placówce oświatowej, w związku z czym w programie zaplanowano przekazanie wyników w formie pisemnej rodzicom/opiekunom dzieci wraz z adnotacją o konieczności przekazania ich do pediatry opiekującego się dzieckiem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Jeżeli wyniki pomiarów nie kwalifikują ucznia do włączenia do części terapeutycznej na tym kończy się jego uczestnictwo w programie.

Rodzic i uczeń w takim przypadku zostaje poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania właściwej masy ciała, zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu, a także ocenią jakość świadczeń i wsparcia udzielonego w ramach Programu i kończy udział w programie.

Jeżeli wyniki pomiarów wskażą, iż rozpoznano nadwagę lub otyłość, uczeń będzie mógł skorzystać z interwencji terapeutycznej, lekarz kwalifikuje ucznia do kolejnego etapu programu jakim jest interwencja multikomponentowa.

Etap III – działania terapeutyczne

Działania w ramach trzeciego etapu winny trwać minimum 12 tygodni, ilość odbytych kursów przez ucznia zależy od dostępności miejsc i możliwości organizacyjnych realizatora.

Ad 5. Interwencja multikomponentowa:

a) badanie lekarskie

W ramach programu przewidziane są minimalnie 3 badania lekarskie - początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe.

Badania lekarskie musi wykonywać lekarz specjalista w zakresie chorób dziecięcych i/lub chorób metabolicznych z aktualnym prawem wykonywania zawodu. W trakcie badania początkowego lekarz przeprowadzi wywiad, odpowiednie badania przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali cel, który powinien osiągnąć uczestnik programu. W ramach badania początkowego konieczne jest zmierzenie masy ciała uczestnika w kilogramach. Kolejne spotkania mają za zadanie zweryfikować efektywność prowadzonych w ramach programu działań. W razie konieczności interwencja oraz cele jakie ma osiągnąć uczestnik powinny zostać dostosowane do możliwości oraz stanu zdrowia uczestnika programu. Badanie końcowe ma za zadanie sprawdzić, czy zostały osiągnięte założone cele; czy nastąpiło zmniejszenie masy ciała uczestnika, mierzonej w kilogramach, o co najmniej 3 centyle oraz przekazać indywidualne zalecenia do postępowania po zakończeniu udziału w programie. Indywidualne zalecenia muszą być efektem pracy specjalistów udzielających interwencji w ramach programu. Sugeruje się, żeby indywidualne zalecenia miały formę pisemną. Przy badaniu końcowym konieczne jest ponowne zmierzenie masy ciała uczestnika w kilogramach. Realizator musi poinformować uczestnika programu lub/i jego opiekuna, że program zakłada zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania. Będą one dotyczyć wartości masy ciała i wzrostu (lub wskaźnika BMI) uczestnika programu oraz stosowania się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie. Opiekunowie/rodzice będą zobligowani do przekazania w/w danych w ustalonych terminach do Realizatora programu.

b) wsparcie dietetyczne

Realizowane poprzez indywidualne porady dietetyczne (co najmniej 3 dla każdego uczestnika programu) prowadzone albo w formie spotkań osobistych, albo w formie spotkań zdalnych/online. Powinny się one odbywać w około miesięcznych odstępach czasowych.

Ich głównym celem jest ocenie i omówienie dotychczasowego sposobu odżywiania, wskazanie popełnianych błędów i nauka ich eliminowania. Na podstawie szczegółowego wywiadu żywieniowego i zdrowotnego (z uwzględnieniem upodobań kulinarnych i stylu życia) zostaną opracowane zalecenia żywieniowe dopasowane do uczestnika programu. Porady dietetyczne powinny się odbywać nie rzadziej niż raz w miesiącu i trwać nie krócej niż 30 minut. W efekcie tego działania uczestnik musi otrzymać wskazania dietetyczne. Rodzic/opiekun musi otrzymać kopię wskazań dietetycznych dla jego dziecka. Minimalna łączna liczba spotkań w ramach indywidualnych porad dietetycznych dla każdego uczestnika to 3. Wskazane jest uczestnictwo rodzica/opiekuna w indywidualnych poradach dietetycznych. To działanie musi wykonywać osoba, która posiada ukończone studia I lub II stopnia na kierunku dietetyka, lub wykształcenie pokrewne z zakresu żywienia człowieka.

Pierwsza konsultacja polegać będzie na zebraniu szczegółowych informacji o uczestniku: wiek, choroby, ogólne samopoczucie, tryb życia, pomiary antropometryczne, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna i inne, które dietetyk uwzględni w wywiadzie. Podczas konsultacji zostaną z uczestnikiem ustalone cele - zmiana nawyków żywieniowych, redukcja masy ciała, możliwość opracowania specjalnego jadłospisu, stosowanie określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH lub diety śródziemnomorskiej, należy wskazywać na artykuły spożywcze faktycznie dostępne dla rodziców i uczniów, w tym uwzględnić ewentualne restrykcje pokarmowe (np. alergie, nietolerancje), należy uwzględnić sezonową dostępność owoców i warzyw oraz zaplanować zwiększenie aktywności fizycznej.

Kolejne konsultacje mają na celu monitorowanie efektów wprowadzonych zmian, a także podtrzymanie motywacji uczestnika do zmian wcześniej zaleconych. Na każdej kolejnej konsultacji należy przeprowadzić wywiad obejmujący dane takie jak: ogólne samopoczucie, pomiary antropometryczne, efekty wprowadzonych zmian dotyczących żywienia i aktywności fizycznej oraz ewentualne problemy związane z wprowadzeniem zaleceń, z którymi zetknął się uczestnik. Należy omówić efekty wprowadzonych zmian i ewentualnie zmodyfikować plan działań dla dobra uczestnika.

BMI powinien być oceniony na etapie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany na każdej konsultacji dietetycznej. Zalecany jest pomiar BMI, w cyklu 0-3-6-12 tydzień realizacji programu.

c) wsparcie psychologiczne

Prowadzone w formie konsultacji psychologicznej przez psychologa, powinny trwać nie krócej niż 60 minut.

Ma na celu wzmocnienie nastawienia ucznia i rodziców do zmian nawyków żywieniowych, w tym dla całej rodziny, umiejętność radzenia sobie ze stresem, utrzymywanie wysokiego poziomu motywacji.

d) zajęcia ruchowe;

Mają one na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają zmniejszyć masę ciała oraz rozwinąć potrzebę podejmowania aktywności fizycznej. Powinny być one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających kontrolę masy ciała oraz zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej oraz przeprowadzenie zajęć przy ich użyciu. Prowadzący powinni wybrać odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak, aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane przez uczestników w warunkach środowiska domowego. Rekomendowane są zajęcia ogólnousprawniające w zależności od możliwości i dostępności, np. na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu oraz ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi. Formy aktywności fizycznej powinny zostać dobrane zgodnie z preferencjami i możliwościami uczestników. Warto by zajęcia były przeprowadzone w grupach o podobnych możliwościach fizycznych oraz wśród osób w zbliżonym wieku. Ponadto istotnym elementem prowadzonych działań może być zachęcenie uczestników do aktywności fizycznej, która na stałe wpisze się w zakres codziennej aktywności życiowej, tj. jazda na rowerze, szybki chód, nadzorowane programy ćwiczeń. Zalecane będzie promowanie ograniczenia biernych aktywności, przede wszystkim oglądania telewizji i korzystania z komputera. Interwencja może być realizowana w formie zajęć grupowych lub indywidualnych. Uczestnik musi otrzymać świadczenia w ramach komponentu aktywności fizycznej co najmniej 2 razy w tygodniu, co najmniej 75 minut, przez cały okres uczestniczenia w projekcie. To działanie musi wykonywać wykwalifikowany personel zajmujący się aktywnością fizyczną, np. rehabilitant, fizjoterapeuta, nauczyciel WF, trener sportowy/personalny, student/absolwent AWF.

Przykłady aerobowych i oporowych aktywności dla otyłych dzieci to: ćwiczenia na bieżni, na rowerku treningowym, na тренаżerze eliptycznym, zajęcia wodne (pływanie, aerobik wodny); pompki, przysiady, brzuski, podnoszenie ciężarów, ćwiczenia z wykorzystaniem maszyn do ćwiczeń siłowych i elastycznych taśm oporowych, trening obwodowy.

Powyżej opisane działania muszą być komplementarne. Ich głównym celem jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała w dłuższym okresie czasu.

Zaleca się, aby w każdym projekcie znalazł się komponent psychologiczny, w którego skład wchodziłyby zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Warto przewidzieć organizowanie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w projekcie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów np. wspólne gry i zabawy, które uatrakcyjnią dzieciom udział w projekcie. Mogą one być prowadzone przez psychiatrę, psychologa lub terapeutę (w tym behawioralnego). Rodzice/opiekunowie powinny brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci, w tym dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznych.

Fakultatywnie postępy w zakresie interwencji terapeutycznej mogą być monitorowane przez dietetyka lub multidyscyplinarny zespół specjalistyczny częściej niż spotkania kontrolne zaproponowane powyżej. Wyniki i zalecenia takiego monitoring muszą zostać wpisane do dokumentacji uczestnika programu.

Ilość godzin obejmująca zespół działań w ramach interwencji multikomponentowej musi wynosić według rekomendacji minimum 26 godzin. Przy powyższych założeniach ilościowych i czasowych (12 tygodni trwania opieki multidyscyplinarnej) związanych z trwaniem programu warunek ten jest spełniony.

Etap IV – działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad 6. Monitorowanie działań w ramach programu

Po ukończeniu programu pacjent i rodzic w przypadku ukończenia pełnego cyklu programu zostaje ponownie poinformowany o zasadach postępowania w celu utrzymania efektu obniżenia nadmiernej masy ciała, konsekwencjach powrotu do poprzedniej masy ciała wraz z ryzykiem powikłań otyłości; zostanie poinformowany o możliwości skorzystania z dalszej ścieżki diagnostycznej w poradniach działających w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, a także zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu a także ocenią jakość świadczeń i wsparcia udzielonego w ramach Programu. Rodzic i uczeń kończą udział w programie. Jeżeli warunki na to pozwolą (m.in. dostępne miejsca u realizatora) będzie mógł rozpocząć ponownie kolejny cykl wsparcia w ramach programu.

Każdy rodzic powinien otrzymać informacje odnośnie stanu zdrowia dziecka w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentu należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy. Dodatkowo każdy rodzic powinien otrzymać informację od realizatora programu dla lekarza POZ, może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Rekomendacje kliniczne wskazują, że realizowane programy powinny zapewniać osobom z nieprawidłowymi wynikami albo brakiem efektów terapeutycznych odpowiednie poradnictwo oraz – w razie potrzeby - dalszą opiekę (follow-up care). W przypadku takiej sytuacji rodzice/opiekunowie będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań i ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach, które już w ramach kontraktu z NFZ będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem dziecka.

Każde dziecko z BMI > 85 centyla powinno być monitorowane pod względem powikłań współistniejących z nadwagą i otyłością. U takiego dziecka należy kontrolować ciśnienie tętnicze krwi (pamiętając o właściwym doborze mankietu) oraz raz na dwa lata wykonać oznaczenia stężeń w surowicy glukozy, profilu lipidowego, a także aktywności aminotransferaz.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego u dzieci powyżej 10 roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania się już rozpoczął), z BMI powyżej 95 centyla, zaleca się wykonanie testu OGTT co 2 lata (należy również oznaczyć stężenie insuliny).

Dziecko z rozpoznaniem nadwagi lub otyłości, u którego występują związane z tym powikłania powinno być skonsultowane we właściwej, ze względu na ich rodzaj, poradni specjalistycznej (kardiologicznej, diabetologicznej, endokrynologicznej, ortopedycznej, psychologicznej).

Podstawę leczenia wszystkich powikłań otyłości stanowią działania zmierzające do uzyskania redukcji masy ciała. U patologicznie otyłych nastolatków (powyżej 16. roku życia) poza leczeniem dietetycznym oraz zmianą trybu życia można zastosować dodatkowo leczenie farmakologiczne. Rozważenie farmakologicznego leczenia powikłań jest również wskazane u otyłych dzieci, jeżeli utrzymują się one mimo zastosowania odpowiedniej diety i aktywności fizycznej, szczególnie, gdy w rodzinie występuje cukrzyca typu 2 lub choroby układu sercowo-naczyniowego.

Do leczenia chirurgicznego mogą być kwalifikowane dzieci, które osiągnęły dojrzałość kostną i rozwojową oraz spełniają kryteria rozpoznania otyłości III stopnia (99,5 percentyl dla płci i wieku), stwierdzono u nich co najmniej jedno powikłanie otyłości i przeszły nieskuteczny 6 miesięczny okres leczenia zachowawczego. Jeżeli lekarz rodzinny dostrzeże konieczność wdrożenia tej formy leczenia powinien skierować dziecko do specjalisty chirurga zajmującego się tego rodzaju leczeniem, który we współpracy z psychologiem może dokonać kwalifikacji do leczenia operacyjnego. Pacjent i jego opiekun powinni zostać poinformowani, że leczenie chirurgiczne nie stanowi ostatecznego wyleczenia, a po operacji dziecko musi uczestniczyć w wielospecjalistycznym pooperacyjnym programie leczenia.

Ad I. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania będą miały charakter długofalowy.

Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do realizatora programu lub Instytucji finansującej w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Każdy z uczestników programu będzie mógł wyrazić swoją opinię na temat programu, jego prowadzenia, możliwe jest również prowadzenie wrywkowych ocen zadowolenia pacjentów poprzez kwestionariusze telefoniczne realizowane na wybranej grupie respondentów.

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy, jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów, wybranych w drodze konkursu zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie Gminy Dywity w miejscu/miejscach wskazanych przez Realizatora/Realizatorów. Informacje o placówkach i terminach, w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku).

Realizator/Realizatorzy powinni dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; są też zobowiązani do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Od Realizatora/Realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW obejmującej czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Dywity przez Realizatora/Realizatorów lub wybranych partnerów. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, oraz kadrę i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie, miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego).

Działania będą przeprowadzone przez wykwalifikowane osoby posiadające kompetencje w zakresie chorób dzieci z ukierunkowaniem na choroby metaboliczne, nadwagę i otyłość:

- lekarza pediatrę lub kształcącego się w zakresie pediatrii/chorób metabolicznych z doświadczeniem w zakresie prowadzenia długofalowych interwencji zdrowotnych u dzieci z nadmiarem masy ciała,
- dietetyka z wykształceniem wyższym lub osobę z pokrewnym wykształceniem z zakresu żywienia człowieka;
- psychologa z doświadczeniem z zakresu interwencji behawioralnych skierowanych do rodzin, doświadczeniem w pracy z pacjentami z zaburzeniami odżywiania, ukończonym kursem lub studiami z zakresu żywienia;
- specjalistę aktywności fizycznej z doświadczeniem w zakresie oceny wysiłku fizycznego oraz planowania interwencji dla dzieci z nadmiarem masy ciała, np.: rehabilitant, fizjoterapeuta, nauczyciel WF, trener sportowy/personalny, student/absolwent AWF.
- asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie z przeprowadzenia interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia oraz posiadającego doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień:

- 1) zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny;
- 2) fachowa ocena jakości realizowanych świadczeń;
- 3) analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach (te działania mają charakter długofalowy).

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2022–2024, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Gminy Dywity i posiadanych zasobów finansowych.

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez Realizatora/Realizatorów oraz Instytucję finansującą i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.:

- Liczba dzieci zamieszkujących Gminę Dywity, uczestniczących w programie w latach 2022-2024; wynik wyrażony liczbowo;
- Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w interwencjach (z podziałem na interwencje);
- Liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu występowania i czynników nadwagi i otyłości;

- Liczba uczestników, usatysfakcjonowanych udziałem w programie (na podstawie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń na rzecz uczestnika);
- Liczba uczestników programu, zamieszkujących Gminę Dywity, którym wykonano badania diagnostyczne w ramach programu, w latach 2022-2024;
- Liczba dzieci zamieszkujących Gminę Dywity, uczestniczących w programie w latach 2022-2024;
- Liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dziecka w ramach NFZ;
- Liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu objętego programem;
- Liczba dzieci, które nie zostały objęte programem, z określeniem przyczyn;
- Określenie rodzajowe i ilościowe wyłączenia lub niepełnego uczestnictwa w programie;
- Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu;
- Liczba osób która przekazała dane dotyczące BMI po 6 i 12 miesiącach od zakończenia interwencji – w czasie trwania programu;
- Liczba wychowawców szkolnych uczestniczących w zajęciach informacyjno-edukacyjnych;
- Liczba wychowawców szkolnych uczestniczących w programie, u których wykazano wzrost wiedzy dotyczącej czynników nadwagi i otyłości (na podstawie analizy testów przeprowadzonych przed oraz po udzielonym wsparciu).

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie chorób metabolicznych lub dziecięcych – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie

podlegać może całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez Realizatora, natomiast jakość świadczeń będzie sprawdzana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom akcji, którzy będą mogli go anonimowo wypełnić. Następnie kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

Wskaźniki wykorzystane w ocenie zgłaszalności to:

1. Uzupełniane na bieżąco indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ (baza elektroniczna) zawierające:
 - datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym udzielenie zgody na kontakt w celu oceny efektywności programu oraz przetwarzanie danych osobowych;
2. Bieżąca kontrola liczby zgłoszeń do programu względem planowanej liczby uczestników, którzy mają zostać objęci programem.

W przypadku stwierdzenia znaczących odstępstw od oczekiwanego poziomu zgłoszeń należy podjąć działania naprawcze.

Ocenie podlegać może całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja będzie przeprowadzona przez beneficjenta, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu. Proces ten powinien zostać przeprowadzony przez niezależnego eksperta lub instytucję w tej dziedzinie. Wyniki ewaluacji należy zawrzeć w raporcie końcowym z realizacji całego PPZ.

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji i mogą być wybrane z poniższej puli:

- Objęcie kompleksową interwencją edukacyjno-zdrowotną co najmniej 50% dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością spośród wyselekcjonowanej grupy uczniów objętych programem,
- Redukcja masy ciała dzieci i młodzieży – uczestników programu poddanych interwencji średnio o 3 centyle BMI w czasie od rozpoczęcia udziału w programie do jego zakończenia,
- Wzrost świadomości zdrowotnej wśród 30% uczestników programu dotyczących zachowań zdrowotnych oraz deklarowanych działań w zakresie podnoszenia poziomu życia.

Analiza powyższych opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu na podstawie:

- liczby dzieci, u których zdiagnozowano nadwagę i otyłość (nieprawidłowy wskaźnik BMI),
- liczby uczniów, ich rodziców/opiekunów/nauczycieli, którzy podejmują regularną, aktywność fizyczną – minimum 2 razy w tygodniu;
- liczby dzieci u których nastąpiło zmniejszenie masy ciała, z uwzględnieniem wartości w kg, % masy ciała i wskaźnika BMI score– na podstawie danych uzyskanych podczas pomiarów antropometrycznych wykonywanych przez realizatora;
- liczby dzieci z prawidłowym wskaźnikiem BMI.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania interwencji. Regularne, cykliczne interwencje multikomponentowe pozwalają na uzyskanie efektów jednostkowych. Natomiast skuteczna edukacja zapewnia efekt populacyjny i trwałość efektów zdrowotnych. Powyższe analizowane będzie przez narzędzia – odpowiednie kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów.

VI. Budżet programu

Na realizację „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity” Gmina przeznaczy kwotę do 36 000 zł rocznie, co daje do 108 000 zł na cały 3 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach niniejszego programu zdrowotnego.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą podane w ofercie Realizatora/Realizatorów wyłonionych w ramach konkursu. Poszczególne oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych wydatków dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada trzyletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja Zarządzająca zmieni poziom finansowania lub też zmienią się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego, koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych oraz inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu).

Przyjęto uśrednione stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, na podstawie danych opublikowanych m.in. na stronach internetowych.

Przybliżony koszt jednostkowy interwencji w ramach programu przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Koszt jednostkowy składowych interwencji w ramach programu.

Rodzaj świadczenia	Koszt jednostkowy
badanie antropometryczne z wyliczeniem BMI	2,5 zł/osobę
ocena lekarska kwalifikacyjna	80 zł/wizytę
badania lekarskie	100 zł/badanie
konsultacje dietetyczne	80 zł/wizytę
konsultacja psychologiczna	100 zł/wizytę
zajęcia ruchowe grupowe	15 zł/godz./osobę
zajęcia uczniowie	5 zł/godz./osobę
zajęcia rodzice/nauczyciele	750 zł/wykład
zajęcia edukacyjne dla pracowników stołówek/kuchni	1250 zł/wykład

Źródło: opracowanie własne

VI.2. Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe.

1. Koszty organizacyjne

Koszty roczne organizacyjne zakłada się na poziomie około 1 500 zł.

Przykładowe organizacyjne koszty roczne po stronie Realizatora:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi kurierskie, transport materiałów;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu;
- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników;
- koszty monitoringu i ewaluacji - koszty przygotowania raportów, wydruki sprawozdań.

2. Koszty interwencji

Koszty realizacji interwencji po stronie Realizatora to:

- działania edukacyjne;
- wykonanie badań antropometrycznych;
- ocena lekarska;
- interwencja multikomponentowa.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie.

Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru Realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez Realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty całkowite realizacji interwencji po stronie Realizatora na 3 lata trwania programu zakłada się na poziomie około **102 497,50 zł**.

Na powyższą kwotę składają się koszty:

- działań edukacyjnych dla uczniów

przyjęto założenia:

4 godziny lekcyjne w ciągu roku (3 godziny zegarowe), 3 lat trwania programu, 5 zł koszt na ucznia, co przy populacji 512 osób (50% z 80% zakładanej populacji docelowej) daje **23 017,50 zł**

- działań edukacyjnych dla rodziców/nauczycieli

przyjęto założenia:

2 spotkania w ciągu roku, 3 lat trwania programu, 750 zł koszt wykładowcy, co daje **4 500 zł**

- działań edukacyjnych dla pracowników kuchni/stołówek

przyjęto założenia:

2 spotkania w ciągu roku, 3 lat trwania programu, 1250 zł koszt wykładowcy, co daje **7 500 zł**

- koszt interwencji multikomponentowej

przyjęto założenia:

1. Połowa z 80% zakładanej populacji skorzysta z pomiarów antropometrycznych – 512 osób.
2. Połowa z połowy z 80% zakładanej populacji skorzysta z lekarskiej oceny kwalifikacyjnej – 265 osób.
3. U 22% uczniów występuje nadwaga lub otyłość – 225 osób. 20% z tych osoby będą objęte interwencją terapeutyczną – 3 krotnym badaniem lekarskim, 3 konsultacje dietetyczne, 12 tygodni zajęć ruchowych, po 2 godziny w tygodniu.
4. Wszystkie osoby objęte interwencją terapeutyczną będą wymagały co najmniej jednej konsultacji psychologicznej – 45 osób.

Tabela 5. Koszt interwencji multispecjalistycznej

rodzaj świadczenia	częstość	koszt jednostkowy	wartość świadczenia	ilość korzystających	koszt świadczenia
pomiary BMI	1	2,50 zł	2,50 zł	512	1 280,00 zł
ocena lekarska kwalifikacyjna	1	80,00 zł	80,00 zł	265	21 200,00 zł
badania lekarskie	3	100,00 zł	300,00 zł	45	13 500,00 zł
konsultacje dietetyczne	3	80,00 zł	240,00 zł	45	10 800,00 zł
konsultacja psychologiczna	1	100,00 zł	100,00 zł	45	4 500,00 zł
zajęcia ruchowe	24	15,00 zł	360,00 zł	45	16 200,00 zł
				SUMA	67 480,00 zł

Źródło: opracowanie własne

Tabela 6. Planowany budżet całkowity programu na lata 2022-2024

RODZAJ KOSZTÓW	KWOTA
1. Koszty organizacyjne	4 500,00 zł
2. Koszty interwencji	102 497,50 zł
w tym:	
działania edukacyjne dla uczniów	23 017,50 zł
działania edukacyjne dla rodziców/nauczycieli	4 500,00 zł
działania edukacyjne dla pracowników kuchni/stołówek	7 500,00 zł
interwencja terapeutyczna	67 480,00 zł

RAZEM	106 997,50 zł
--------------	----------------------

Źródło: opracowanie własne

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez Instytucję Zarządzającą programem. Realizator na etapie oferty na realizację programu przygotuje szczegółowy budżet.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą do 108 000 zł w latach 2022 – 2024, co daje kwotę do 36 000 zł rocznie.

VI.3. Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Dywity sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy Dywity w ramach funduszu przeznaczonego na realizację programów polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

VII. Bibliografia

1. World Health Organization, Healthy diet, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
2. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012; 345: e7666.
3. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
5. Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *Eur J Clin Nutr*. 2009; 63 Suppl 2: S1–4
6. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015
7. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
8. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014
9. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014
11. UNICEF, Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych Analiza porównawcza, 2013
12. <http://www.who.int/en/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
13. NCD Risk Factor Collaboration: Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adult. *Lancet* 2017, 390: 2627-42.
14. <https://dietetycy.org.pl/ogolnoswiatowe-dane-o-otylosci-wsrod-dzieci/>
15. Najwyższa Izba Kontroli, Wdrażanie zasad zdrowego żywienia w szkołach publicznych 2015 – 2016, Warszawa 2017 <https://www.nik.gov.pl/plik/id,14601,vp,17066.pdf>
16. <http://www.izz.waw.pl/pl/>
17. Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.

18. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2014; 371(7):624-634.
19. UNICEF: „Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych”, <https://www.unicef.pl/Co-robimy/Publikacje/Warunki-i-jakosc-zycia-dzieci-w-krajach-rozwinietych>
20. Małeczka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. *Obes Res* 2005, 13: 964-968;
21. Ośrodek Rozwoju edukacji: „Wady postawy u dzieci i młodzieży”, Warszawa 2014;
22. Górecki A. i inni: „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania”, Warszawa 2009, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-ucznia/aktywnosc-fizyczna-i-sport/>
23. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”, <http://www.rodzinawformie.pl/>
24. Olszanecka-Glinianowicz i inni: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością;
25. Informacje o projekcie „Zachowaj równowagę”, <http://www.zachowajrownowage.pl/>
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej- Dz. U. z 2016 r. poz. 86.
27. Najwyższa Izba Kontroli (NIK): „NIK o otyłości wśród uczniów”, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.html>
28. Oblacińska A.: „Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5;
29. Małkowska-Szkutnik M.: „Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny”, *Studia BAS* Nr 2(38) 2014, s. 89–112;
30. Kerney Alicja i inni: „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców.”, Instytut Matki i Dziecka, ISBN: 978-83-88767-70-8;
31. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: „Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej”, *Hygeia Public Health* 2012, 47(1): 28-35;
32. World Health Organization: „Nutrition, Physical Activity and Obesity Poland”, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-CountryProfile.pdf?ua=1,
33. Kołodziej W., Galeja K.: „Problem otyłości wśród populacji trzynastoletków na przykładzie uczniów Miejskiego Zespołu Szkół nr 2 w Będzinie”, *Nowa Pediatrya* 2013;
34. Woynarowska B., Oblacińska A.: „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce”, Warszawa 2014, ISSN 1896 6659;
35. Małeczka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. *Obes Res* 2005, 13: 964-968;

36. Olszanecka-Glinianowicz i inni: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością;
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
38. Obłacińska A.: „Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5;
39. Instytut żywności i żywienia: „Należy zatrzymać epidemię otyłości”, <http://www.izz.waw.pl/pl/stronagowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci>,
40. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
41. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne;
42. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami;
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
46. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
47. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa warmińsko-mazurskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2017,
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86).

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

WZÓR

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan/Pani poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jak ocenia Pan/Pani poziom pielęgniarstwa opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych
usług.*

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu rodzica

Oświadczam, że omówiłem(-am) ww. Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Podpis i data złożenia podpisu

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez (REALIZATOR) jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Dziecko biorące udział w programie:

.....
Imię i nazwisko **dziecka** (drukowanymi literami)

.....
podpis rodzica

ORYGINAŁ/KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne WZÓR

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

.....
.....
.....

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

.....
.....
.....

Inne uwagi:

.....
.....
.....
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

ZAŁĄCZNIK 4. Test wiedzy uczniowie

Zaznacz jedną odpowiedź:

	Treść stwierdzenia	(1)TAK	(2)NIE	(3)NIE WIEM
1.	Czy produkty zbożowe tzn. pieczywo, makaron, ryż, kasza, wystarczy spożywać raz dziennie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy pieczywo ciemne/razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser biały/twarogowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy w podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Woda służy do gaszenia pragnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZAŁĄCZNIK 5. Test wiedzy nauczyciele/rodzice

Treść stwierdzenia	Prawda	Falsz	Trudno powiedzieć
Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.			
Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.			
Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.			
Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.			
Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.			
Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
Pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.			
Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.			
Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.			
W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.			
Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.			
Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.			
Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.			

ZAŁĄCZNIK 6. Test wiedzy pracownicy stołówek szkolnych

Treść stwierdzenia	Prawda	Falsz	Trudno powiedzieć
Produkty zbożowe wystarczy spożywać raz dziennie.			
Tylko dzieci i młodzież powinny spożywać mleko.			
Owoce i/lub warzywa powinny być spożywane w każdym posiłku.			
Duże spożycie soli chroni przed nadciśnieniem tętniczym.			
Ograniczenie potraw tłustych w diecie pomaga zapobiegać chorobom układu krążenia.			
Częste spożywanie tłustych ryb morskich przyspiesza rozwój miażdżycy.			
Spożywanie grillowanego mięsa sprzyja zachorowaniu na nowotwory.			
Biojogurty zawierają pożyteczne bakterie jelitowe.			
Olej i oliwa zawierają dużo cholesterolu.			
Pieczywo razowe zawiera większą ilość błonnika niż pieczywo jasne.			
Owoce i warzywa są źródłem „pustych kalorii”.			
Masło i wzbogacane margaryny charakteryzują się dużą zawartością witamin A i D.			
Ser żółty jest lepszym źródłem wapnia niż ser twarogowy.			
W podrobach występują znaczne ilości cholesterolu.			
Węglowodany złożone należy w diecie zastępować cukrami prostymi.			
Białko powinno być głównym źródłem energii w prawidłowej diecie.			
Przebywanie na słońcu sprzyja wytwarzaniu witaminy D w organizmie.			
Spożywanie owoców obfitujących w witaminę C zwiększa przyswajalność żelaza.			
Rozpoczęcie gotowania warzyw w zimnej wodzie sprzyja zachowaniu ich wartości odżywczej.			